Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2 Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 8. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. G. Merkel, Nürnberg. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. v. Ranke, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. Seitz, München. Dr. Winckel, München.

№ 27. 7. Juli. 1891.

Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8.
Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12.

38. Jahrgang.

Originalien.

Beiträge zur Chirurgie der Nieren.

Von Prof. Dr. *O. Angerer* in München.

Es sind nun 20 Jahre verflossen, seit Gustav Simon zum ersten Male den Versuch wagte, eine gesunde Niere zum Zweck der Heilung einer Harnleiter-Bauchfistel zu exstirpiren. Der Versuch glückte und wurde die Veranlassung, dass man den einseitigen chirurgischen Erkrankungen der Nieren auf operativem Wege beizukommen trachtete.

Die Einführung der antiseptischen Wundbehandlung kam den diesbezüglichen Versuchen zu Statten und jetzt hat sich die operative Behandlung der einseitigen Nierenerkrankungen so verallgemeinert, dass man mit Recht von einer »Nierenchirurgie« sprechen darf. Denn die Neubildungen der Niere, die Stein- und Eiterniere, die Hydronephrose, die Tuberculose der Niere, die Wanderniere sind Gegenstand chirurgischer Eingriffe geworden.

Aber so verschieden auch die Indicationen zur Exstirpation der Niere sind und so häufig auch die dieselbe indicirenden Erkrankungen vorkommen, so sind die Nierenexstirpationen doch keine allzuhäufigen Operationen und mag deshalb ein Beitrag zur Casuistik derselben gerechtfertigt erscheinen.

Der Grund, warum Nierenexstirpationen relativ seltenere Operationen sind, liegt nicht in den technischen Schwierigkeiten, sondern in der physiologischen Bedeutung und Wichtigkeit der Nieren und darin, dass eine frühzeitige Diagnose mit der absolut nothwendigen Sicherheit häufig nicht rechtzeitig gestellt werden kann.

Wenn aber die Diagnose zweifellos gestellt werden kann, so ist häufig das Leiden so weit vorgeschritten, dass eine Operation nicht mehr Heilung und Rettung bringen kann. Im Zusammenhang damit steht die auffallende Thatsache, dass die Mortalität immer noch eine sehr bedeutende ist und auch in der antiseptischen Neuzeit nicht wesentlich geringer wurde. Sie beträgt nach der Statistik von Gross aus dem Jahre 1885 44,6 Proc., nach einer Statistik von Herczel, die 33 Nephrektomien aus der Klinik Czerny's umfasste, 53 Procent. Die Wundbehandlungsmethode allein trägt also sicher nicht die Schuld an dieser hohen Mortalität, sondern es müssen noch andere Verhältnisse mitwirken, die den Tod der Operirten verursachen. Wenn wir die Statistik der Nierenexstirpation durchsehen, so finden wir nicht allzuselten, dass der Tod unabhängig von der Operation bedingt wurde.

Bevor wir daran gehen, eine Niere zu exstirpiren, muss eine Reihe von Vorfragen erst ihre Beantwortung gefunden haben, wenn wir es überhaupt wagen dürfen, die Operation auszuführen. Die Beantwortung dieser Fragen stösst aber bisweilen auf die grössten Schwierigkeiten oder ist geradezu unmöglich. So wäre vor Allem zu entscheiden:

»Ist eine zweite Niere vorhanden und ist diese gesund und functionsfähig?«

Es gehört wohl zu den grossen Seltenheiten, dass der Mensch nur mit einer Niere zur Welt kommt und die zweite vollkommen fehlt. Unter 8068 Londoner Sectionsberichten fand de Jong nur zweimal das völlige Fehlen der zweiten Niere. Beumer hat aus der Literatur der Jahre 1853—78 48 Fälle von einseitigen Nierendefecten gesammelt und macht darauf aufmerksam, dass gleichzeitig noch anderweitige Bildungshemmungen, besonders des Genitalapparates vorhanden waren.

Häufiger kommt es vor, dass beide Nieren zu einer verschmolzen sind, eine sogenannte Hufeisenniere oder Kuchenniere bilden. Wie sollen wir nun den Nachweis erbringen, ob eine zweite Niere vorhanden ist? Ich glaube, dass wir, wenn Verdacht auf Fehlen einer Niere vorhanden ist, nur durch die Probelaparotomie sicheren Aufschluss erlangen. Eine kleine Incision in der Linea alba, gross genug, um mit der Hand in die Bauchhöhle eingehen zu können, genügt, um sich von dem Vorhandensein der beiden Nieren durch directe Betastung zu überzeugen. Die aseptische Incision wird über alle in Frage kommenden Verhältnisse den sichersten Aufschluss zu geben vermögen, ohne wesentliche Gefahren in sich zu schliessen.

Die anderen hiehergehörigen Vorschläge scheinen mir noch lange nicht die genügende Sicherheit für die Entscheidung einer so hochwichtigen Frage zu geben.

Wer es je versucht hat, mit der Simon'schen Rectaluntersuchung eine Niere zu fühlen, wird auf diese Methode ein zweites Mal gerne Verzicht leisten.

Die Endoskopie, die ja in der Neuzeit so ausserordentliche Vervollkommnung erfahren hat, gibt gewiss werthvollen Aufschluss, doch bietet sie keine absolute Sicherheit. Denn damit, dass wir zwei Harnleiter in die Blase an normaler Stelle einmünden sehen, ist das Vorhandensein zweier Nieren noch nicht bewiesen; denn Rüdinger berichtet von 3 Leichen, bei denen von einer allein vorhandenen Niere zwei Harnleiter ausgingen, die an normaler Stelle der Blase einmündeten.

Aber auch die andere Frage, ob die zweite Niere gesund ist, kann die grössten Schwierigkeiten in sich schliessen und ich habe die Ueberzeugung, dass eine grosse Anzahl von Nierenexstirpationen gemacht worden ist und noch gemacht wird, ohne dass das Gesundsein der zweiten Niere durch absolut sichere, objective Anhaltspunkte constatirt werden konnte. Man wagt die Operation, weil man dazu gezwungen wird, weil sie allein das bedrohte Leben retten kann, sobald Zeichen dafür, dass die zweite Niere krank ist, nicht vorhanden sind.

Ueber die Function der Nieren gibt uns der Urin Aufschluss. Aber der Urin, den wir auf natürlichem Wege aus der Blase erhalten, stammt aus beiden Nieren. In der Blase geschieht die Vermischung, die über die Beschaffenheit der rechten oder linken Niere keinen Schluss mehr zulässt. Eine Entscheidung wäre nur dadurch zu erbringen, dass man den Urin jeder Niere gesondert zur Untersuchung bekäme. An Versuchen, das zu erreichen, hat es nicht gefehlt.

Aber alle Vorschläge leiden an dem Uebelstand, dass sie schwer oder nur durch operative Eingriffe ausführbar sind.

Hieher gehört in erster Linie die Katheterisation der Harnleiter, die beim Weibe nach vorausgegangener Erweiterung der Harnröhre ohne allzugrosser Mühe ausführbar ist, aber beim Manne auf grosse Schwierigkeiten stösst. Um sie zu ermög-

lichen, hat man vorgeschlagen, die Harnröhre am Damm zu incidiren oder durch den hohen Blasenschnitt die Harnleiter zugänglich zu machen.

Letzterer Vorschlag scheint mir noch die meiste Beachtung zu verdienen. Er führt sicher auch bei Bestehen einer Blasenerkrankung zu dem gewünschten Ziele und die Erfahrungen, die wir in der Neuzeit über gute und rasche Heilung des hohen Steinschnittes durch eine sorgfältig angelegte Blasennaht gewonnen haben, lassen diese Voroperation nicht mit allzugrossen Gefahren verbunden erscheinen.

Die anderweitigen Vorschläge, wie z. B. den einen Harnleiter abzuklemmen (Tuchmann, Hegar), lassen sich nur beim Weibe ausführen und bringen nur dann ein positives Resultat, wenn die Blase gesund ist.

Die Beobachtung Sänger's, dass man den verdickten Harnleiter von der Scheide aus durchfühlen kann, kann in einzelnen Fällen Anhaltspunkte geben, und auch die von Wölffler empfohlene genaue Harnstoffanalyse darf in zweifelhaften Fällen nicht unversucht bleiben. Aber einen wirklich exacten Beweis, dass die zweite Niere gesund ist, werden sie doch nicht liefern.

In praktischer Beziehung darf man wohl für die Entscheidung vorliegender Frage einem Symptom besondere Beachtung schenken und das ist folgendes:

Im Verlaufe von einseitigen Nierenerkrankungen, besonders bei Neubildungen und Steinnieren, kommt es vor, dass der Harnleiter vorübergehend verlegt wird. Wenn nun bald ganz gesunder, bald krankhaft veränderter Urin ausgeschieden wird, so darf man wohl schliessen, dass die zweite Niere gesund ist.

Noch einen anderen Weg könnten wir in zweifelhaften Fällen gehen, der wohl sicheren Aufschluss bringt, nämlich nach dem Vorschlage Czerny's eine extraperitoneale Nierenbecken-Bauchfistel auf der kranken Seite anzulegen. Durch die angelegte Fistel leiten wir allen Harn der kranken Niere nach aussen, während der Urin der gesunden Niere durch die Blase ausgeschieden wird. Ergibt nun dessen Untersuchung, dass die zweite Niere gesund ist, so können wir durch Erweiterung der angelegten Fistel die kranke Niere exstirpiren. Ich glaube nicht, dass durch die früher angelegte Fistel die Exstirpation infolge von neuen Verwachsungen sehr erschwert werden wird und es ist die Nierenexstirpation dadurch gewissermassen nur zu einer Operation in zwei Zeiten geworden.

Von allen Vorschlägen, Aufschluss über die Function der zweiten Niere zu erhalten, scheint mir dieser Vorschlag Czerny's am sichersten zum Ziele zu führen und ich würde mich dessen in zweifelhaften Fällen bedienen. Doch muss die Blase selbst gesund sein, sonst würden Fehlerquellen mit unterlaufen.

In den Anfangsstadien der Erkrankung kann sogar die Entscheidung der Frage, welches die kranke Niere ist, Schwierigkeiten bereiten. Aber ich glaube, dass man durch die Schmerzen, die ja wohl immer sich einstellen, doch auf die Seite der Erkrankung hingewiesen wird. So wenig die Schmerzen auch für die Diagnose verwerthbar sind, so dürfen sie uns doch für den Sitz der Erkrankung von Bedeutung sein. Die Endoskopie wird in vielen Fällen eine exacte Diagnose sichern; besonders dann, wenn man den trüben eitrigen Urin aus dem Harnleiter hervorspritzen sieht. Handelt es sich um blutigen Urin, so muss man auch an die Beobachtung von Kühn denken, dass das Blut auch aus der gesunden Niere durch Ruptur der überfüllten Glomeruli oder Nierencapillaren stammen kann.

Sobald einmal eine nachweisbare Nierengeschwulst vorhanden ist, so ist ja jeder Zweifel beseitigt.

Eine unbestrittene Indication zur Exstirpation geben die bösartigen Nierengeschwülste ab.

Die Prognose solcher Eingriffe ist bisher eine recht unbefriedigende, indem Recidiven und Metastasen die Operirten nach kurzer Zeit hinwegrafften. Die Statistik von Gross zählt 49 Fälle auf, wo wegen Carcinom oder Sarkom operirt wurde. 30 Kranke starben während oder unmittelbar nach der Operation, 10 gingen in den nächsten Monaten zu Grunde und nur 6 lebten noch $1\frac{1}{2}$—5 Jahre nach der Operation. Besonders ungünstig sind die Resultate beim Nieren-Sarkom.

Diese Erfahrungen machen es uns zur Pflicht, bei den bösartigen Nierengeschwülsten nicht zu spät die Operation vorzunehmen. Wir müssen unter allen Umständen zu einer frühzeitigen Diagnose zu kommen versuchen.

Sobald eine bedeutende Vergrösserung der Niere eingetreten ist oder gar Kachexie vorhanden ist, kommen wir mit der Exstirpation in der Mehrzahl der Fälle sicherlich zu spät.

Aber wie können wir rechtzeitig, im frühen Stadium die Nierengeschwulst erkennen?

Ein charakteristisches Symptom gibt es für den Beginn des Leidens nicht und wir werden uns oft mit einer Wahrscheinlichkeitsdiagnose zufrieden geben müssen. Eine genaue und sorgfältige Untersuchung der Nierengegend, besonders die bimanuelle Untersuchung des Kranken, während derselbe auf der gesunden Seite über ein Rollkissen gelagert ist in Chloroformnarkose ist unerlässig nothwendig und wird in manchen Fällen selbst eine kleine Geschwulst der Niere erkennen lassen. Ausserdem ist die Erfahrung von Bergmann's zu berücksichtigen, dass Nierengeschwülste besonders häufig vor dem 5. und nach dem 50. Lebensjahre aufzutreten pflegen. Ist eine Geschwulst constatirt, so lässt sich deren Zugehörigkeit zur Niere durch die Aufblähung des Darmes nachweisen, denn das Colon geht auf beiden Seiten über die Niere hinweg und eine kleine Nierengeschwulst wird durch den aufgeblähten Darm verdeckt werden.

Ein wichtiges Symptom ist die Hämaturie, die bei allen Nierentumoren schon beobachtet worden ist und besonders häufig beim Nierencarcinom vorkommt. Rohrer hat unter 75 Fällen von Nierenkrebs 23 mal Hämaturie beobachtet, Leibert unter 50 Fällen von Nierenkrebs bei Kindern 19 mal. Doch kommt sie auch bei anderen Nierenerkrankungen vor. Die Hämaturie pflegt schon im frühen Beginn des Leidens aufzutreten, bevor noch eine nachweisbare Geschwulst vorhanden ist. In den drei von mir operirten Fällen von Nierensarkom kennzeichnete die Hämaturie gewissermassen den Beginn des Leidens. Die Blutung kann recht bedeutend sein und ist wohl immer so stark, dass das Blut als solches mit blossem Auge erkannt werden kann. Die Blutungen treten in mehr oder minder langen Zeiträumen auf, häufig nach starken körperlichen Anstrengungen, nach Traumen, welche die Nierengegend treffen, nach Untersuchungen oder auch ohne erkennbare Ursache. Bisweilen sind sie mit kolikartigen Schmerzen verbunden, besonders dann, wenn es sich um Steinbildung in der Niere handelt.

Die Untersuchung des Urins wird nur in seltenen Fällen eine bestimmte Diagnose zulassen. Geschwulstelemente sind im Urin nur selten gefunden worden und legen immer den Verdacht nahe, dass es sich um eine Neubildung in der Blase handelt.

Man hat auch darauf aufmerksam gemacht, dass bei Nierengeschwülsten auf der Seite der Erkrankung eine rasch wachsende Varicocele entsteht. Ich habe dieses Vorkommen bei 2 von den 3 operirten Fällen beobachten können.

Da der positive Nachweis einer vorhandenen Nierengeschwulst zu Beginn des Leidens durch unsere Untersuchungsmethoden nur schwer zu erbringen ist, eine frühzeitige Operation aber allein den Kranken vor Recidiven und Metastasen zu schützen vermag, so halte ich unter allen Umständen den probatorischen extraperitonealen Lendenschnitt zur Sicherstellung der Diagnose für geboten. Der extraperitoneale Schnitt lässt eine genaue Abtastung der Niere zu und ist gewiss ungefährlicher wie eine Probelaparotomie, die unzähligemale zu diagnostischen Zweck vorgenommen wird. Warum soll man, wenn Verdacht auf einen Nierentumor vorliegt, nicht durch eine Probeincision die Diagnose sichern dürfen? Die gleichen Gründe, welche die Probelaparotomie berechtigt erscheinen lassen, müssen wir im gleichen Masse auch für den Lendenschnitt gelten lassen. Die Statistik zeigt, dass die Resultate der Nierenexstirpationen, welche wegen Sarkom und Carcinom vorgenommen wurden, viel ungünstiger sind als jene bei Stein- und Eiterniere und Hydronephrose. Recidiven und Metastasen sind die Operirten früher oder später erlegen. Und wir dürfen erst dann bessere Erfolge hoffen, wenn wir die Nierentumoren in ihrem ersten Beginn zur Operation bekommen.

Als Methode der Nierenexstirpation ist jetzt der lumbale Schnitt wohl allgemein als weniger gefährlich anerkannt. Die intraperitoneale Exstirpation schliesst die Gefahr der septischen Peritonitis in sich und wird jetzt wohl nur dann angewendet, wenn der Nierentumor etwa für eine Ovarialgeschwulst angesprochen und zu deren Entfernung bereits die Laparotomie gemacht wurde.

Bei allen von mir vorgenommenen Nephrektomien bediente ich mich der extraperitonealen Methode und ich habe stets darauf Bedacht genommen, das Operationsgebiet in ausgedehnter Weise freizulegen: Ein Schnitt am Rande des M. sacro-lumbalis nach abwärts und in flachem Bogen nach vorn geführt, wenn nöthig bis zum Rande des M. rectus abdominis gestattet eine leichtere Entwicklung der Geschwulst, eine sichere Blutstillung und Stilversorgung. Das Peritoneum liess sich in der Regel ohne Mühe stumpf zurückschieben und wo es einriss, konnte der Riss durch die Naht rasch und sicher geschlossen werden. Der Stiel wurde in der Regel in zwei Portionen mit starken Seidenfäden unterbunden, die Wundhöhle lose mit Gaze austamponirt und die durchschnittenen Muskeln durch die Naht vereinigt.

Ich lasse in erster Linie die Casuistik von drei Nephrektomien folgen, die wegen malignen Neubildungen vorgenommen wurden.

I. Fälle von Exstirpation wegen Nierensarkom.

1. Fall. J. G., 56 Jahre alt, aufgenommen am 8. Februar 1889 in die k. chirurgische Poliklinik.

Aus der Anamnese ist zu bemerken, dass der Kranke eine schwerere Erkrankung früher nicht durchgemacht haben will.

Im Februar 1888 trat zum erstenmale Bluthamen auf, ohne dass irgendwelche Schmerzen vorausgegangen wären. Dieses Bluthamen wiederholte sich in längeren Zwischenpausen, und trat besonders stark im October auf. Damals musste ihm der Urin mit dem Katheter abgenommen werden, wobei sich dicke Blutgerinnseln entleerten. Seit November hörten die Blutungen auf. In demselben Monate wurde der Kranke ganz zufällig auf eine Geschwulst in der linken Bauchseite aufmerksam, die nach seiner Angabe damals faustgross und leicht verschieblich gewesen sein soll. Schmerzen hatte er nie und auch bei Druck auf die Geschwulst trat kein Schmerz auf.

In den letzten Monaten will der Kranke auffallend abgemagert sein, trotzdem sein Appetit gut und keinerlei Verdauungsschmerzen vorhanden waren.

Status praesens: Der mittelgrosse Mann ist mangelhaft ernährt, von schmutzig gelber Hautfarbe und kachektischem Aussehen. Fettpolster sehr gering, Musculatur schlaff.

Die oberflächlichen Venen an Brust und Bauch sind erweitert. Keine Varicen. Links besteht seit 6 Monaten eine ziemlich bedeutende Varicocele, die rasch entstanden sein soll.

Lungenbefund normal, Herztöne rein, Leber und Milz ebenfalls von normaler Grösse.

Die Untersuchung des Blutes ergiebt gleichfalls normale Verhältnisse.

Im linken Hypochondrium befindet sich ein ovaler solider Tumor, der verschieblich und überall gleichmässig leeren Schall giebt. Seine Consistenz ist derbhart, seine Oberfläche glatt; abnorme Geräusche sind an ihm nicht wahrnehmbar.

Die Grenzen der Geschwulst, welche bei aufrechter Stellung des Kranken das linke Hypochondrium hervorwölbt, sind folgende:

Sie beginnt in der Höhe der 11. Rippe, erstreckt sich nach vorn bis zu einer 3 querfingerbreiten vom Nabel entfernten Verticallinie; nach abwärts reicht sie etwa bis 2 querfingerbreit oberhalb des Lig. Poupartii. Ueber der Geschwulst und median von ihr liegen Darmschlingen; nach rückwärts ist leerer Percussions-Schall. Die Leistendrüsen sind nicht geschwellt.

Der Urin ist frei von Eiweiss. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt keine zelligen Elemente, Urinmenge 1200 durchschnittlich.

Diagnose: Maligner Nierentumor links. Am 24. Febr. 1889 wird die Niere mit dem retro-peritonealen schrägen Lendenschnitt exstirpirt. Der Schnitt beginnt zunächst an der 11. Rippe und wird am vorderen Rand der Rückenstrecker nach abwärts geführt bis etwa 3 querfingerbreit oberhalb der Darmbeinschaufel und wendet sich dann bogenförmig nach vorn dem Nabel zu. Schichtweise werden die Muskeln bis auf das Peritoneum durchtrennt, letzteres stumpf mit der Hand abgelöst und die Nierengeschwulst isolirt. Eine grosse Anzahl von Ligaturen ist nothwendig. Die vielfachen Adhäsionen werden mit Hilfe der Aneurysma-Nadel doppelt unterbunden und durchtrennt; trotzdem ist die Blutung ziemlich stark.

Nachdem der untere Pol der Niere isolirt ist, wird die obere Partie der Niere freigelegt und hier sind die Schwierigkeiten besonders gross; alsdann wird die Unterbindung des Stiels in zwei Portionen mit dicker Seide vorgenommen, der Harnleiter isolirt unterbunden und durchschnitten.

Nach Anlegung einer Massenligatur peripher von den beiden Stielligaturen wird der Stiel durchschnitten.

Die Nierenkelche sind mit verfärbten Blutcoagulis ausgefüllt. Die Wundhöhle wird mit Sublimatlösung 1:5000 ausgespült und lose mit Jodoformgaze, das in durchlöchertem Silk eingehüllt ist, austamponirt.

Die durchschnittenen Muskeln wurden mit Catgutnähten vereinigt, die Hautwunde mit Seide vernäht. Dauer der Operation nahezu 1½ Stunden.

Nach der Operation ist der Kranke nur wenig erschöpft und erhält 15 Tropfen Opiumtinctur.

Die Circumferenz der exstirpirten Niere beträgt 36 cm, ihr Längsdurchmesser 16½, der Querdurchmesser 9½, die Höhe 10 cm, das Gewicht 750 g.

Die mikroskopische Diagnose lautet auf Sarkom.

25. Februar. Der Kranke klagt wenig Schmerz, ist fieberfrei. Urinmenge in 24 Stunden 400 g, Urin dunkelrothbraun, reich an Salzen.

26. Februar. Fieberfrei. Urinmenge 600 g, Urin unmittelbar nach der Entleerung goldgelb, später tritt Trübung auf.

27. Februar. Fieberfrei und subjectives Wohlbefinden; Urinmenge 500 g.

28. Februar. Urinmenge 550 g. Urin zeigt leichte Trübung. Salivation, Zahnfleisch mässig geschwellt.

1. März. Salivation geringer. Urinmenge schwankt zwischen 800 und 1000; subjectives Wohlbefinden, Appetit gut.

2. März. Verbandwechsel; theilweise Entfernung der Nähte. Ausspülung der Wundhöhle mit warmer Borsäurelösung, geringe Secretion, Wundränder reactionslos, Einlegen von Jodoformgazestreifen.

7. März. Verbandwechsel, Entfernung der übrigen Nähte, geringe Secretion.

20. März. Dritter Verbandwechsel, leichte Secretverhaltung macht die Einführung eines Drainrohres nothwendig.

31. März. Entfernung der Drainage. Wunde vernarbt bis auf oberflächlichen Granulationsstreifen; der Kranke ist ausser Bett.

Der Kranke erholt sich sichtlich, nimmt an Körpergewicht zu, hat guten Appetit und normale Verdauung und wird in seine Heimath entlassen.

Eingegangenen Nachrichten zufolge ist derselbe einige Zeit später nach Mittheilung des behandelnden Arztes unter den Erscheinungen von acutem Darmverschluss gestorben.

Section wurde nicht gemacht.

2. Fall. J. S., 37 Jahre alt, Büchsenmacher aus Eichstätt, aufgenommen am 29. Juni 1889 in die chirurgische Poliklinik.

Der Kranke will stets gesund gewesen sein und will nur während seiner Militärdienstzeit an Magenbeschwerden und Rheumatismus zu leiden gehabt haben.

Sein jetziges Leiden begann damit, dass ohne vorausgegangene Schädlichkeit Ende December 1888 viel Blut mit dem Urin abging. Der Urin soll vorher stets normal gewesen sein. Seit dieser Zeit will er den Appetit verloren haben, ohne dass er irgendwelche Beschwerden oder Schmerzen verspürt habe.

Im März 1889 will er eines Tages Morgens nach dem Erwachen heftige Schmerzen in der rechten Seite verspürt haben, die nahezu 14 Tage lang anhielten und ihn zur Bettruhe zwangen, da ihm jede Bewegung unmöglich gewesen wäre. Seit dieser Zeit leide er auch an hartnäckiger Obstipation und in der rechten Bauchgegend sei ein fortwährender dumpfer Schmerz zurückgeblieben.

Bluthamen seien noch 2—3 mal aufgetreten, zuletzt im März 1889. Kolikartige Schmerzen seien damit nicht verbunden gewesen. In den letzten beiden Monaten will er um 33 Pfund abgenommen haben und seit Mitte April bemerke er eine Geschwulst in der rechten Bauchseite.

Status praesens: Gut gebauter Mann, etwas blass, Fettpolster gut entwickelt. Befund der Brustorgane normal, Abdomen abgeflacht; rechtes Hypochondrium etwas hervorgewölbt und druckempfindlich.

Bei der Palpation fühlt man deutlich einen mehr als zwei faustgrossen, ziemlich harten Tumor von glatter Oberfläche, der sich bei manueller Untersuchung leicht verschieben lässt. Bei Druck auf die Geschwulst nur geringer Schmerz, keine Fluctuation.

Die Geschwulst reicht nach abwärts fast bis zur horizontalen Nabellinie, nach vorne bis etwa 3 cm von der verticalen Nabellinie entfernt. Die Urinmenge beträgt 1½—2 Liter in 24 Stunden; der Urin von heller Farbe trübt sich bei längerem Stehen.

Im Sediment finden sich einzelne weisse Blutkörperchen. Bei tiefer Inspiration macht der Tumor die Bewegung des Zwerchfelles mit.

Der rechte Nebenhoden ist etwas vergrössert, die Venen des rechten Samenstrangs stark erweitert. Diese Varicocele soll seit Anfang Februar 1889 bestehen.

Operation am 7. Juli.

Retroperitonealer Lendenschnitt. Der Tumor ist stark mit der Umgebung verwachsen, die Blutung bedeutend, trotzdem alle Stränge vor ihrer Durchschneidung doppelt unterbunden werden. Der untere Pol lässt sich noch relativ leicht auslösen, während bei der des oberen die grössten Schwierigkeiten sich einstellen. Die Geschwulst ist hier so innig verwachsen, dass nur langsam Schritt für Schritt vorgegangen werden kann. Bei einem etwas stärkeren Herunterziehen der Geschwulst reisst das Zwerchfell ein. Der Riss ist klein und wird mit Catgutnähten sofort vereinigt.

Nach Isolirung des oberen Poles ist die Freilegung des Hilus leicht. Unterbindung in zwei Portionen, isolirte Ligatur des Ureter

und Durchschneidung. Nach sorgfältiger Blutstillung Ausspülung mit Sublimatlösung 1 : 5000, Austupfen der Wundhöhle mit trockenen Sublimatbäuschchen, Tamponade mit Silk und Jodoformgaze, Catgutnaht der durchschnittenen Muskeln und Vereinigung der Hautwunde mit Knopfnähten.

Die Operation dauerte 1¼ Stunden und der Blutverlust war ziemlich bedeutend. Die Geschwulst hatte einen Umfang von 39 cm, einen Längsdurchmesser von 16, und eine Höhe von 15 cm; das Gewicht betrug 810 g.

Nach der Operation ist der Kranke schwach, erholt sich aber bald wieder. Die Urinmenge betrug am ersten Tag nach der Operation 500 g, am zweiten 700, am dritten 1200, am vierten 700; vom 11. Juli anfangend steigt die Urinmenge stetig und beträgt am 17. Juli nahezu 1½ Liter; fieberfreier Heilungsverlauf.

1. Verbandwechsel am 14. Juli. Reactionslose Wunde, Entfernung des Tampons, Einlegung eines Jodoformgazestreifens in den tiefsten Wundspalt.

2. Verbandwechsel am 20. Juli. Entfernung aller Nähte, Wunde geheilt bis auf eine nahezu 10 cm tiefe Fistel.

3. Verbandwechsel am 30. Juli. Fistel noch nicht geschlossen. Der Kranke hat sich gut erholt, sieht besser aus, hat vortrefflichen Appetit und wird am 3. August aus der Behandlung entlassen.

Patient stellte sich am 30. August wieder vor. Er sah sehr gut aus und hatte um 16 Pfund an Körpergewicht zugenommen. Die Wunde ist völlig vernarbt. Der Kranke selbst fühlt sich wohl und hat nur über bisweilen auftretende Schmerzen zu klagen, die von der linken Nierengegend gegen die Blase zu ausstrahlen. Die Untersuchung lässt nichts Abnormes nachweisen.

Im Frühjahr 1890 kommt der Kranke wieder. Er sieht blass und abgemagert aus und sagt, dass er Bluthusten habe (Metastasen). Die Untersuchung der Lunge ist negativ. An der Narbe ein welschnussgrosses Recidiv, das sich in die Tiefe hinein fortsetzt.

Am 25. August 1890, 1 Jahr nach der Operation, ist der Kranke gestorben.

3. Fall. J. Sch., 51 Jahre alt, aus Regensburg. Aufgenommen am 6. November 1889.

Der Kranke will seit dem Jahre 1886 Schmerzen und das Gefühl von Druck in der linken Bauchgegend empfinden, und gebrauchte dagegen eine Cur in Marienbad, ohne wesentliche Besserung zu erzielen. Diese Beschwerden können nicht sehr hochgradig gewesen sein, da der Kranke im Jahre 1887 noch eine Reise durch die Schweiz und Frankreich nach Spanien machen konnte, ohne dass er auf der ganzen langen Reise auch nur einen Tag ernstlich unwohl gewesen ist. Zurückgekehrt widmete er sich wieder mit grössten Anstrengungen seinen Geschäften, klagte aber über bedeutende Appetitlosigkeit und zeitweise Schmerzen im Unterleib, besonders links.

Den Sommer 1888 brachte er in Reichenhall zu und Ende Februar 1889 trat zum erstenmal Blutharnen auf, das nahezu 8 Tage lang anhielt und in kürzeren Intervallen wiederkehrte. Der Kranke magerte rasch ab, verlor allen Appetit und klagte über zunehmende Schmerzen in der linken Seite.

Status praesens: stark abgemagerter Mann von fahler Hautfarbe. Die linke Bauchhälfte ist hervorgewölbt. Die Untersuchung ergibt eine cystische Geschwulst, deren Grenze nach oben bis zur 6. Rippe, nach vorn bis zur Linea alba und nach abwärts bis fast zum Schambogen reicht. Die Geschwulst ist prall gespannt, deutlich fluctuirend. Urinmenge durchschnittlich ein Liter. Urin von dunkelrother Farbe, nicht sedimentirend.

Operation am 8. November 1889. Schnitt am Rand der Rückenstrecker beginnend in schwachem Bogen nach vorn zum Nabel. Nach Freilegung der Geschwulst wird dieselbe an einer deutlich fluctuirenden Stelle punctirt und es entleeren sich ungefähr 10 Liter einer stark blutig gefärbten Flüssigkeit. Die Exstirpation des Cystensackes war ungemein schwierig, da derselbe innig mit der Umgebung verwachsen und so brüchig war, dass er beim geringsten Zug einriss. Infolgedessen war die Blutung sehr bedeutend und die Operation ausserordentlich schwierig. Es gelang mir, den grössten Theil der Geschwulst zu entfernen bis auf den nach der Wirbelsäule zu gelegenen Rest der Cystenwand; hier bestand eine Verwachsung mit den grossen Gefässen, so dass ich, wollte ich eine Verletzung derselben vermeiden, diesen Theil zurücklassen musste. Ich schnitt, nachdem ich den Hilus unterbunden, den isolirten Theil der Cystengeschwulst mit der Scheere weg, die Dicke desselben war sehr ungleichmässig, die Blutung dabei gering. Den zurückgebliebenen Cystenrest nähte ich, so gut es eben ging, an die äussere Haut fest.

Tamponade der Wundhöhle mit Jodoformgaze und Verschluss der äusseren Wunde. Die Geschwulst erwies sich mikroskopisch als ein Sarkom.

Wiewohl die Operation fast zwei Stunden gedauert hatte, so war der Kranke nach derselben nur wenig erschöpft und verliefen die ersten Tage nach der Operation recht günstig; bis zum 17. November war der Kranke vollkommen fieberfrei und die 24stündige Urinmenge betrug 900, 1600, 1400, 1200, 1150, 1000, 1260, 900 ccm. Aber am 6. Tage nach der Operation zeigte der Kranke vorübergehend psychische Störung, er fing an zu deliriren, sehr lebhaft zu sprechen; doch konnte er durch lautes Anrufen immer wieder aus seinem Delirium gerissen werden und gab dann ganz präcise Auskunft über sein Befinden. Aber schon am nächsten Tage nahmen die delirienfreien Intervallen ab und alle seine Wahnideen hatten einen gegen sich selbst feindlichen Charakter; er war ein vielgereister Mann und seine Delirien bezogen sich zumeist auf Reiseerinnerungen; bald war er auf einem Schiffe im schwarzen Meer und die Matrosen wollten ihn ins Meer werfen oder er hatte einen Ueberfall von Arabern abzuwehren.

Die Befürchtung, dass eine Jodoformintoxication vorlag, war nur zu sehr begründet: die Untersuchung des Urins ergab deutliche Jodreaction.

Der Kranke wurde immer erregter, verweigerte schliesslich jegliche Nahrungsaufnahme und starb am 19. November.

Selbstverständlich habe ich sofort bei dem ersten Verdacht auf Jodoformintoxication den Jodoformgazetampon entfernt und die Wunde mit Borlösung irrigirt; trotzdem aber hielt die Jodreaction des Urins bis zum Tode an.

Dieser Fall gab mir viel zu denken. Es ist ja klar, dass zur Ausscheidung unserer antiseptischen Mittel in erster Linie gesunde Nieren nothwendig sind und jeder Chirurg wird sich bei Nierenexstirpationen nur schwacher antiseptischer Lösungen oder solcher bedienen, denen eine Intoxicationsgefahr nicht anhaftet. Auch ich habe dieser Erfahrung Rechnung getragen und trotzdem ich mit der Anwendung einer Lösung von 1 : 5000 Sublimat nur sehr vorsichtig und sparsam war, so bekam ein Kranker (Fall 1) doch eine mercurielle Salivation. Bei den folgenden Nierenexstirpationen war ich noch ängstlicher und habe in vorliegendem Falle, wie in den vorhergehenden die Wundhöhle nur lose mit Jodoformgaze austamponirt; reines Jodoform in Substanz wurde nicht in die Wundhöhle gebracht und trotzdem trat eine tödtliche Intoxication auf.

(Fortsetzung folgt.)

Aus der kgl. Universitäts-Poliklinik für Kinderkrankheiten am Reisingerianum zu München.

Zur Casuistik der Psychosen im Kindesalter.

Von Dr. *Eugen Doernberger.*

Lange Zeit hat man Geistesstörungen in kindlichem Alter völlig übersehen oder geleugnet. Jetzt erkennt man ihr — wenn auch seltenes — Vorkommen allgemein an.

Die Verhältnisszahlen zu den Erwachsenen, welche geistesgestört sind, finden wir bei verschiedenen Autoren[1]) kleiner oder grösser, je nach der Ziffer ihrer Beobachtungen und namentlich, je nachdem sie die Grenzen der Kindheit enger oder weiter ziehen. Deshalb übergehe ich die Statistik und bemerke nur, dass der hier geschilderte Fall als einziger seiner Art während eines ganzen Jahres bei uns zur Beobachtung kam.

Mina M., zur Zeit des Eintritts in die Behandlung 11 Jahre alt, ist das zweite Kind eines angeblich gesunden, wenig intelligenten Vaters und einer sehr nervösen Mutter, welche, vermuthlich gelegentlich einer Parametritis, vom damaligen Arzte Morphium injicirt erhielt. Der Arzt liess ihr Spritze und Recept (0,22 : 14,0 Aqu.), das ihr der Apotheker wider gesetzliche Vorschrift stets repetirte, und so wurde sie Morphinistin. (In letzter Zeit soll die Lösung zur Hälfte verdünnt worden sein.) Ein Kind dieser Frau starb an »Abzehrung«, ein zweites an Gehirnwassersucht. Eine ältere Schwester unserer Patientin ist anämisch, sonst gesund, ein Schwesterkind des Vaters epileptisch; ein schon verstorbenes Schwesterkind der Mutter soll im Anschluss an ein Trauma choreatisch geworden sein.

Als unsere bis dahin völlig gesunde Patientin 2 Jahre alt war, gingen von einem Wagen, in dem sie sass, die Pferde durch. Das Mädchen wurde heftig hin und her geworfen und sehr geängstigt. Nach diesem Ereigniss soll sie etwa 10 Tage in Fieber und Delirien gelegen haben. Mehrere Monate später fing sie an, oft, sowohl bei Tag wie bei Nacht, laut aufzuschreien und anhaltend zu weinen, ohne beruhigt werden zu können, häufig ohne jeden Grund, manchmal bei ganz geringem Geräusch. Ebenso lachte sie oft gänzlich unmotivirt laut auf und singt unzusammenhängende Sätze und Worte. Das setzte sich bis in die Jetztzeit fort.

Vor ungefähr 4 Jahren gesellte sich dazu heftiger Kopfschmerz, der allmählich innerhalb einiger Wochen aufhörte. Seit etwa 3 Jahren kommt noch dazu, dass sie Nachts aus dem sehr unruhigen und leisen Schlaf häufig erwacht, Diebe sieht und Feuer und um Hilfe schreit, manchmal ohne jeden Grund, manchmal wenn Personen in's Zimmer treten. Bei Tage läuft sie vor Soldaten weg, weil diese sie erstechen wollten u. ä. Sie singt Worte ohne jeden Zusammenhang. Wird sie gezankt, gestraft oder in anderer Weise aufgeregt, wozu es nur eines ganz geringen Anlasses bedarf, so springt sie wild umher, schlägt um

[1]) Zahlen bei Vogel-Biedert, Lehrbuch 10. Aufl. S. 417. — Moreau-Galatti, Irrsinn im Kindesalter, 1889 — Emminghaus, Psychische Störungen des Kindesalters, 1887 — Cohn, Psychosen im kindl. Alter. Arch. f. Kinderheilkd. 1882. IV.

sich, zerschlägt, was ihr in die Hand kommt, und geht sogar thätlich gegen ihre Umgebung vor. So schlug sie kürzlich ihrer Schwester, die beruhigen wollte, mit einer Flasche ein paar Zähne aus. Macht man ihr später über solches Benehmen Vorwürfe, so weint sie wohl, sagt, so böse könne sie nicht gewesen sein und bittet um Verzeihung.

Um das Kind zu beruhigen, fingen nun vor 2 Jahren die Eltern an, ihm Morphium zu injiciren, anfangs Abends 1 Spritze (0,016), zuletzt 5—6—7 Spritzen im Tag (à 0,008).

Die früheren Erscheinungen liessen jedoch nicht nach, nur schlief das Kind etwas ruhiger. Dagegen fing es vor einigen Monaten wieder über heftige Kopfschmerzen und starkes Herzklopfen zu klagen an. Sie erbrach öfters, namentlich am Morgen, zu welcher Zeit sie faden, trockenen Geschmack im Mund hatte. Dabei hatte sie einen Widerwillen gegen Speisen, namentlich beim Frühstück; viel Durst, besonders Abends und Nachts. Oefters Nasenbluten. Der Stuhl war früher oft obstipirt, jetzt diarrhoisch. Ausserdem fühlt sie sich sehr schwach und matt.

Seit einem Jahre zeigen sich im Haupthaare kahle Stellen.

Krank war das Mädchen, abgesehen von der dem erwähnten Trauma gefolgten Erkrankung nie, hatte vor Allem nie irgendwelche Convulsionen, Ohnmachten, Doppelbilder u. dgl. Würmer wurden nie gesehen; von Masturbation ebenfalls nichts.

Das Mädchen schreibt schön und richtig, rechnet gut, doch schlechter als früher, lernt auch mit mehr Anstrengung auswendig und vergisst das Gelernte rascher. Anderen Kindern gegenüber zeigt sie sich herrschsüchtig und bösartig.

Gelegentlich meines ersten Besuches, im Mai 1890, fand ich die Patientin heftig weinend. Die Mutter verband eben den theils durch Narben, theils durch kleine Abscesse elend aussehenden linken Arm. Mit plötzlichem Gemüthsumschlag fing die Kranke an, zu lachen und ihre Freude zu äussern, weil sie wieder gesund werde.

Ich sah ein stark abgemagertes Mädchen mit schlaffer, fahler Haut und geringer Musculatur, eingefallenen Backen, unstetem trüben Blick.

Die Pupillen sind eng, reagiren aber, wenn auch träge, bei Accommodation und auf Lichteinfall. Keine Doppelbilder. Am Schädel nirgends eine Narbe oder Impression. Drei ungefähr fünfmarkstückgrosse, gänzlich kahle Stellen zwischen dem spärlichen Haupthaar. An Gesichts- und Schädelknochen, sowie den übrigen Kopfgebilden nirgends eine Missbildung. Zunge sehr belegt.

Lungen normal.

Herzspitzenstoss an normaler Stelle deutlich sicht- und fühlbar. Dämpfung nicht vergrössert. Töne rein. Puls 84 in der Minute, klein, leicht unterdrückbar.

Magen auf Druck etwas schmerzend.

Der Gang ist sicher, doch gibt die Kranke an, sehr leicht zu ermüden. Patellarsehnenreflexe deutlich herabgesetzt.

Die Bewegungen der Finger werden von einem leichten Tremor begleitet.

Die Redeweise des Mädchens ist fliessend, hat etwas Hastiges, Geschwätziges an sich, ist jedoch correct, ohne jegliche Störung.

Dass die Patientin bereits unter dem Einflusse des Morphiumabusus stand, erhellte aus dem Befunde und der Anamnese sofort. Haben sich auch manche, sonst fast constante Zeichen wie Doppeltsehen, Accommodationsparesen; verschiedene Par- und Hyperästhesien; schwankender Gang etc. nicht oder noch nicht gezeigt, so hatte sich der Missbrauch des Mittels doch schon durch den herabgekommenen Ernährungszustand, die Mattigkeit in den Beinen, die dyspeptischen Erscheinungen vom Magen und Darm aus, durch die Herzpalpitationen kenntlich gemacht. Die Enge der Pupillen, ihre träge Reaction, die schwachen Sehnenreflexe, die, wenn auch nicht hervorstechende, Abnahme der intellectuellen Fähigkeiten sind weitere Glieder dieser Kette[2]). Ob das Nasenbluten eine Folge des bei Morphinismus häufig auftretenden chronischen Nasenkatarrhs ist oder eine andere Ursache hat, will ich nicht entscheiden. Ebenso weiss ich die Alopecie nicht in Zusammenhang mit einer der beiden uns vorliegenden Krankheitsbilder zu bringen. Auf die Kopfschmerzen des Kindes komme ich noch zu sprechen.

Nächst den auf dem Boden mangelhafter oder fehlerhafter geistiger Entwickelung entstehenden Seelenstörungen, sehen wir bei Kindern am häufigsten maniakalische. Den Grund dafür sucht man in der leichten Erregbarkeit und Versabilität des kindlichen Gemüthes und andererseits in der Unfähigkeit, an Gedanken — denn Gedankenreihen bildet das Kind nicht — so gründliche tiefe Reflexionen zu knüpfen, wie sie zu Depressionszuständen führen könnten.

Keine Psychose, auch die maniakalische nicht, zeigt sich in der Kindheit als ein ganzes Krankheitsbild, wie bei Erwachsenen, wegen der noch nicht vollendeten geistigen Entwickelung. — Weinen und Lachen, Zornausbruch und Bedauern darüber wechseln bei unserer Patientin in der kürzesten Zeit. Des Weiteren äussert sich die Exaltation im hastigen raschen Sprechen, im Singen von Unsinn, im unsteten Blick und den unruhigen Handbewegungen; ferner hauptsächlich in der leichten Reizbarkeit, den Anfällen von Zorn und Zerstörungstrieb, den Insulten gegen die Umgebung.

Die Gesichts-Hallucinationen und -Illusionen — denn dafür müssen wir das Sehen von Dieben, Feuer etc. erklären, — sind Maniakalischen eigenthümlicher als die Gehörstäuschungen, ausserdem aber auch überhaupt in der Kindheit öfter sich zeigend als diese[3]). Dieselben sind bei Kindern fast stets ängstlicher Natur — auch bei Maniakalischen im Gegensatz zum Erwachsenen[4]). Sie sind natürlich immer nur aus dem kleinen Gedankenkreis des Kindesalters heraus entstanden ohne System und ohne Constanz.

Trotz des Mangels eines vollständigen Symptomencomplexes, dürfen wir, meine ich, aus den vorhandenen Erscheinungen bei unserer Patientin eine psychische Alteration annehmen und zwar vorwiegend exaltativer, maniakalischer Art.

Ein sicheres hereditäres Moment für die Entstehung liess sich anamnestisch nicht feststellen. Denn das Vorkommen von Hydrocephalus in der nächsten, von Epilepsie und Chorea in der näheren Verwandtschaft, dürften für sich allein doch nicht ätiologisch beweiskräftig genug sein, selbst im Zusammenhang mit den Charaktereigenschaften der Eltern.

Wir müssen vielmehr, glaube ich, für die Entstehung der Psychose eine traumatische oder mindestens sehr alterirende Einwirkung des Anfangs erzählten Unfalls verantwortlich machen. Ob dieser damals eine blosse Commotio cerebri oder aber eine jetzt nicht mehr zu constatirende Knochenabsplitterung zur Folge gehabt, ob sich ein Hirnabscess oder eine Meningitis entwickelt habe, ist heute schwer zu sagen. Nach der Anamnese ist das Letztere noch das Wahrscheinlichste. Solche Zustände können jahrelang keine psychischen Alterationen verursachen; dies beweist der Fall Gerhardt's[5]), wo sich nach erlittenem Trauma Kopfschmerzen einstellten und 7 Jahre anhielten, hierauf 14 Jahre cessirten. Dann zeigten sie sich wieder. Der Mann starb. Bei der Obduction fand sich im rechten Vorderlappen ein Abscess von Taubeneigrösse. Dagegen erzählt Zit von einem Kinde, das bald nach einem Falle vom Wagen jähzornig, leicht reizbar wurde, heftige Anfälle von Wuth und Zerstörungssucht zeigte.[6])

Dieses traumatische Irresein hat wiederum das der Kindheitspsychose Eigene einer gewissen Vielgestaltigkeit und kann daher oft schwer in eine ganz bestimmte Gruppe eingereiht werden, doch besteht es meist aus Exaltationszuständen, die langsam und allmählich den Blödsinn im Gefolge haben.[7])

Da das Kind aus verschiedenen Gründen in keine Anstalt kam, wie ich verlangte, so konnte ich vor Allem nicht eine plötzliche Morphiumentziehungscur nach Levinstein[8]) einleiten, weil wegen der oft eintretenden Collapserscheinungen eine dauernde Ueberwachung nöthig ist. Dieselbe ist aber eben so nothwendig wegen der Möglichkeit neuer Morphiumzufuhr, bei der langsamen Entziehung nach Burkart.[9]) Eine ambulatorische Behandlung, zu der ich greifen musste, ist auf jeden Fall unzweckmässig, zumal wenn eines der Angehörigen selbst dem Morphinismus fröhnt. Doch sind bei der allmählichen Entwöhnung die Abstinenzerscheinungen weniger stürmisch und gefahrdrohend.

Das Mädchen war für sein Alter an ziemlich hohe Dosen

---

[2]) S. auch: Kräpelin, Psychiatrie 2. Aufl. S. 475 — Böck, Intoxicationen. Ziemssen's Handb. XV — Levinstein, Die Morphiumsucht. Monographie — Burkart, Die Morphiumsucht. Monographie.

[3]) Vierordt, Physiologie des Kindesalters. Gerhardt's Handbuch p. 202.

[4]) Scherpf, Jahrbuch f. Kinderheilkd. 1881 XVI.

[5]) Gerhardt, Lehrbuch d. Kinderkrankh. S. 590.

[6]) Zit, Centralbl. f. Kinderheilkd. 1879 No. 8.

[7]) Scherpf, l. c. p. 281.

[8]) Levinstein, Berl. klin. Wochenschr. 1875 No. 48 — 1876 No. 14 und 18.

[9]) Burkart, l. c. — Leidesdorff, Wiener med. Wochenschr. 1876 No. 25.

gewöhnt. Geistige Störungen stumpfen überhaupt für Opiate ab. So erzählt Model[10]) von einer Maniaca, welche 1,1 g Morph. acet. auf einmal genoss und nach einigen Stunden wieder munter war, Böck[11]) von einer anderen Manischen, welche innerhalb zweier Stunden etwa 0,18 g Morph. erhielt, ohne sich zu beruhigen.

Mein Plan war, sofort die Spritze wegzulassen, und an ihrer Statt innerlich etwas Morphin in absteigenden Dosen zu geben in einer Bromkalilösung, ausserdem durch frische Luft, Bäder, gute Ernährung, Fernbleiben von der Schule, Vermeidung jeder Aufregung, den Allgemeinzustand sowohl als die Gemüthsverfassung zu bessern.

Ich gab daher am 21. V. 90 obige Verhaltungsmaassregeln und ordinirte: Morph. mur. 0,04, Kal. bromat. 5,0 : 100 Flüssigkeit, 3mal täglich 1 Kaffeelöffel z. nehmen. Keine Injection.

Das Kind zeigt sofort Abstinenzerscheinungen, tobt und schreit, springt im Zimmer herum. Schläft Nachts erst um 3 Uhr ein, hört Glocken läuten, sieht Mäuse und fürchtet sich vor ihnen. Ist am andern Morgen sehr unruhig, verlangt Einspritzung, klagt über Uebelkeit und Brechreiz.

Aehnlich am 22. V.: Stampfen, Weinen, Beissen der Umgebung. Widerwillen gegen Nahrungsaufnahme.

In den nächsten Tagen wird das Kind ruhiger.

Am 29. V. Ordin.: Kal. brom. 4,0, Morph. mur. 0,04 : 100 Aqua. 3mal täglich 1 Kaffeelöffel.

Vom 29. V. bis 31. V. öfters im Tage Nasenbluten.

Patientin hat einige Tage durch Verschulden der Mutter keine Arznei und tobt, da sie keine Injection erhält, sie könne es nicht aushalten etc. Die Mutter gibt 3 Spritzen (à 0,008) pro Tag am 4., 5. und 6. VI.

7. VI. Morph. 0,03, Kal. brom. 4,0 : 100. 1 Injection Abends.

8. VI. Nasenbluten. Medication fortgesetzt. Keine Injectionen. Ruhige Nächte ohne Hallucinationen. Gesetztes Benehmen bei Tage. Besserer Appetit.

16. VI. Heftige Kopfschmerzen, namentlich beim Berühren z. B. Kämmen. Oefters im Tage kalte Kopfwaschung.

20. VI. Ordin.: Morph. mur. 0,025, Kal. brom. 5,0 : 100,0.

30. VI. Kopfschmerzen haben in den letzten Tagen nachgelassen. Ordination: Morph. 0,025, Kal. brom. 4,0 : 100,0 Aqua. 3mal täglich 1 Kaffeelöffel.

6. VII. Gestern erhielt Patientin, weil sie unfolgsam war, Schläge. Nachts erwachend, sieht sie einen grossen Mann mit langem schwarzen Bart, der ihr mit dem Stocke droht.

In der nächsten Nacht erschrickt sie vor dem Schatten ihrer Mutter, schreit laut auf und weint lange und heftig.

Ordination am 6. VII.: Kal. brom. 4,0 : Aqua 100,0. 3 mal täglich 1 Kaffeelöffel. Diese Medication wird fortgesetzt, ohne dass sich Abstinenz-Symptome zeigen, bis zum 1. VIII. Daneben muss das Mädchen öfters im Tage kleine Spaziergänge unternehmen, Würmbäder täglich nehmen mit nachfolgender Douche. Diese Anordnungen bleiben auch bestehen, als von 1. VIII. jedes Medicament weggelassen wird.

Im August traten noch zeitweilig Kopfschmerzen auf, selten Hallucinationen, vereinzelt Zornausbrüche, aber nicht so heftig als früher. Injectionen hat das Kind, wenn man nemlich der festen Versicherung der Mutter und der Patientin glaubt, seit 7. VI. nicht mehr erhalten.

Die Familie zog in eine andere Stadt, und so konnte ich den weiteren Verlauf nicht mehr persönlich verfolgen, sondern musste mich auf Berichte verlassen, die mir bald, wie ich es gefürchtet hatte, die Rückkehr des alten Uebels meldeten. Im Januar ds. Js. versichert mich nemlich die Mutter brieflich:

»Sie hatte das Morphium gänzlich weggelassen. Es hat mich und sie schreckliche Mühe gekostet. Aber die Kleine war glücklich. Seit October hat sie nun wieder fürchterliches Kopfweh. Man darf während des Kämmens kaum an sie hinkommen. Und da gab ich ihr wieder Morphiumeinspritzungen. Das Gefühl, das sie nun überkommt, wenn sie keine Einspritzung erhält, grenzt an Raserei. Sie weiss selbst nicht mehr, was sie thut; beisst, kratzt, stampft, bis sie wieder Morphium hat. Sie schläft Nachts sehr unruhig. Auch kann sie fast nie ein Frühstück nehmen, weil sie nach dem Aufstehen immer einen faden eckeligen Geschmack hat. Deshalb will sie auch nicht aus dem Bett etc.«

Diese Beschreibung der Mutter wiederholt sowohl charakteristische Symptome der chronischen Morphiumintoxication als auch der Morphiumabstinenz. Die Kopfschmerzen, von denen wir hier und oben gehört haben, diese Schmerzhaftigkeit beim Berühren der Kopfhaut zeigt sich häufig bei Morphinisten als eine besonders quälende Erscheinung und ist nach Burkart durch Hyperästhesie der Meningen bedingt.

In unserem Falle können sie aber auch durch eine wirklich pathologische Veränderung, sei es an den Meningen, dem Gehirn selbst oder am Knochen, hervorgerufen sein. Denn es haben sich, wie wir gehört haben, auch schon vor dem Gebrauche des Morphiums heftige Kopfschmerzen gezeigt. Die Hallucinationen sind auch bereits vor den Injectionen aufgetreten. Es ist jedoch bekannt, dass gerade während der Morphinentziehung sich Hallucinationen einstellen[12]). Als ganz vereinzelte Gehörstäuschung bemerken wir bei unserer Patientin am ersten Tage der Abstinenz das Hören von Glocken. Sonst bedürfen die Abstinenzerscheinungen keines weiteren Commentars.

Ob die Erscheinungen, welche zum Gebrauche der Spritze verführt haben, sich noch mehr entwickeln, zu einem Gesammtbild ausbauen werden, lässt sich nicht voraussehen. Die Folgen des Morphiummissbrauchs werden aber wohl noch schlimmer zu Tage treten. Leider schützt auch sogar eine Anstaltsbehandlung meist nicht vor Rückfällen.

»Missbrauch des Morphium ruft fast dieselben pathologischen Erscheinungen hervor, gegen welche es angewendet wird: Hyperästhesie, Neuralgie, Schlaflosigkeit, Angst-, Depressions- und Erregungszustände« (Levinstein).

Eben deshalb wurde unser Krankheitsbild ein gemischtes. Wenn es daher und auch mangels längerer Beobachtung und Anstaltsbehandlung nicht exact zergliedert werden kann, so schien mir der Fall doch interessant genug, um durch ihn, mit gütiger Erlaubniss meines früheren Chefs, Herrn Privatdocent Dr. Seitz, einen Beitrag zur Kenntniss der psychischen Störungen in der Kindheit zu liefern.

Wer an dem Morphiummissbrauch, unter welchem das Kind leidet, mehr Schuld trägt, die Mutter, der Apotheker oder — der frühere Arzt, ist eine schwer entscheidbare Frage.

Aus dem k. Garnisonlazareth zu Metz.
(Station IV: Augen- und Ohrenkrankheiten.)

Ein Fall von partiellem Glaskörperabscess.

Von Dr. *Eugen Jacoby*, Assistenzarzt I. Cl. im k. b. 4. Infanterie-Regiment »König Karl von Württemberg«.

Nur auf einen Theil des Glaskörpers beschränkte Eiterungen sind nur einige Male beobachtet worden und ich sehe mich umsomehr zur Veröffentlichung dieses Falles veranlasst, als die Aetiologie desselben ein eigenartiges Interesse bieten dürfte.

Der Dragoner R. fiel am 8. Mai 1890 bei der Arbeit auf Kammer von der Leiter mit dem linken Auge in einen kopflosen Nagel und wurde am 10. Mai in's Lazareth aufgenommen; er blutete leicht aus einer Wunde am oberen Augenlide und hatte heftige Schmerzen beim Berühren des Auges, sowie Nebelsehen. Auf der Innenseite des Augapfels 2 mm neben dem Hornhautrande befand sich in der Sklera eine punktförmige, schwarzgefärbte Stelle, welche mit einem fadenziehenden Tropfen von schleimig-eiteriger Beschaffenheit bedeckt war; die Augapfelbindehaut ist lebhaft geröthet. Der Reizzustand des Auges verminderte sich bald, die Wunde schloss sich, die Narbe war glatt und halbhirsekorngross, Patient hatte keine Schmerzen und las bei der Entlassung am 4. Juni Sn. 9 in 5 m, hatte also eine Sehschärfe von über 1/2.

Am 4. December desselben Jahres ging Patient unter der Angabe, sich auf Stallwache erkältet zu haben, dem Lazareth wieder zu und bot folgende Erscheinungen:

Es besteht hochgradige Lichtscheu, die gesammte Bindehaut des linken Auges ist von starken Gefässnetzen durchzogen und geschwellt; es gelingt nur mit grosser Mühe, die Lider auseinanderzuhalten. Die Hornhaut zeigt eine totale rauchige Trübung, die vordere Kammer ist von gewöhnlicher Weite, die Iris ist grünlich verfärbt, die Pupille sehr eng; die Spannung des Augapfels ist scheinbar etwas erhöht. Patient klagt über heftige Schmerzen über dem rechten Auge, die bis zum Scheitel ausstrahlen sollen. Fingerbewegungen werden nur undeutlich erkannt. Atropin. Dunkelcur.

5. XII. Trotz reichlicher Atropinisirung ist die Pupille nur wenig erweitert, unregelmässig verzogen und von ovaler Gestalt. Die Thränenflüssigkeit überströmt bei der Untersuchung den Lidrand. Nachts kein Schlaf wegen hochgradiger bohrender Schmerzen.

6. XII. Blutentziehung mit dem Heurteloup, Ableitung auf den Darm durch Calomel, warme Umschläge; die Pupille erweitert sich nicht trotz starker Atropinisirung. Da die Hornhaut noch getrübt ist, ist eine Untersuchung der tiefer liegenden Medien bei focaler Beleuchtung nicht möglich. Der Augapfel zeigt keine vermehrte Spannung, noch sonstige glaucomatöse Symptome.

---

[10]) Model, Bayer. ärztl. Intelligenzbl. 1871, 46.
[11]) Böck, l. c. S. 521.
[12]) Levinstein, Berl. klin. Wochenschr. 1875 No. 48.

9. XII. Die Schmerzhaftigkeit lässt etwas nach, Patient schläft gut. Die Bindehaut noch hochgradig geröthet, Blutentziehung wiederholt. Cocain. Druckverband, Arlt'sche Stirnsalbe.

12. XII. Die Hornhaut ist heute klar; auf der vorderen Linsenkapsel sieht man schwarze Pünktchen; es bestehen Verwachsungen der Regenbogenhaut mit der Linsenkapsel. Der Reizzustand ist noch immer ein ungemein hochgradiger.

15. XII. Die Regenbogenhaut ist noch immer verfärbt, der Reizzustand gestattet noch keine Untersuchung des Augenhintergrundes. Abends Einwickelungen, Schwitzcur.

21. XII. Die Entzündungserscheinungen sind zum grössten Theile abgelaufen, die Bindehaut des Augapfels noch etwas geröthet, die Vorderkammer weit, die Regenbogenhaut leicht grün verfärbt. Das Sehvermögen hat sich trotzdem nicht gebessert. Mit dem Augenspiegel sieht man jetzt eine gelblich-grünliche, eiterähnliche Masse, die offenbar im Glaskörper ihren Sitz hat und das innere obere Segment desselben einnimmt. Die Gegend des Strahlenkörpers ist sehr empfindlich, der Augapfel fühlt sich weicher an, als der rechte.

30. XII. Der Zustand ist unverändert. Patient hat keinerlei Schmerzen. Ausser der beschriebenen gelblichen Masse, die als Abscess im Glaskörper angesehen werden muss, finden sich diffuse Trübungen des letzteren, so dass der Augenhintergrund unsichtbar ist.

15. I. 91. Die vordere Kammer wird jetzt enger, der Augapfel ist auffallend weich und scheint zu schrumpfen. Die Bindehaut ist völlig abgeblasst.

25. I. Gar keine Reizerscheinungen; die Enucleation des Auges erscheint daher nicht angezeigt und soll erst eine weitere Beobachtung stattfinden. Patient ist links nicht im Stande, hell und dunkel zu unterscheiden.

6. II. Patient hat gar keine Beschwerden.

20. II. Die Linse beginnt sich zu trüben.

3. III. Die Linsentrübung ist jetzt ganz ausgesprochen deutlich. Die Enucleation wird dem Patienten, obwohl sie nicht dringend indicirt ist, zwar empfohlen, jedoch von demselben verweigert.

Der Abscess war deutlich als im Glaskörper und zwar in dessen nasalem oberen Segment nach hinten von der Linse gelegen erkennbar, hatte etwa die Grösse einer starken Linse, zeigte eine gelblich-grünliche Farbe, war von einigen Gefässen durchzogen und lief nach oben in mehrere abgerundete breite Zacken aus; schon mit unbewaffnetem Auge war er deutlich sichtbar und repräsentirte sich wie das sogenannte amaurotische Katzenauge Beer's. Anfangs konnte an eine luxirte kataractöse Linse oder an eine Netzhautablösung gedacht werden. Ersteres konnte ausgeschlossen werden, da die Entstehung der totalen Trübung doch bei weitem nicht so schnell vor sich geht, andererseits Irisschlottern fehlte und die ganze Lage des grünlich-gelblichen Reflexes dem nicht entsprach, sondern sich direct an den Ciliarfortsatz anschloss und zwar entsprechend der Skleralwunde. Später zeigte sich ja auch bei der ophthalmoskopischen Untersuchung eine beginnende radiar-streifige Trübung der Linse an ihrer natürlichen Stelle. Gegen eine Netzhautablösung sprach die ganze Gestalt des gelb-grünlichen Reflexes, seine Lage, die Art der Gefässvertheilung und die fehlende Faltung, wie man sie bei Netzhautablösung findet. Denken konnte man ferner noch an ein Gliom; dagegen sprach jedoch das Alter des Patienten und die zunehmende Verkleinerung des Reflexes anstatt ständigen Wachsthums.

Es handelte sich hier also offenbar um einen partiellen, abgekapselten Glaskörperabscess.

Von hohem Interesse ist hier, wie ich schon erwähnte, die Aetiologie. Nachdem der Mann vor einem halben Jahre an einem Trauma der Sklera behandelt und mit Sehschärfe $^1/_2$ als geheilt entlassen war, bekommt er plötzlich eine hochgradige Irido-Cyclitis, angeblich entstanden durch Erkältung; obwohl ja Iritiden durch Erkältung entstehen können, so liegt hier doch wohl das vor einem halben Jahre erlittene Trauma der Sklera ätiologisch näher, da der Abscess im Glaskörper der Lage nach durchaus der Stichnarbe in der Sklera entsprach, ja mit ihr sozusagen in Verbindung steht.

Die Eiterungen im Glaskörper entstehen entweder als Folge von Entzündung der anliegenden Membranen, oder auch primär, oder endlich auch von einer Stichwunde aus.

Dass diese Eiterungen primär entstehen können, wies Schmidt-Rimpler nach, indem er nach Entfernung der Linse bei Kaninchen durch die Cornea hindurch Thränensackeiter direct in den Glaskörper spritzte. Schon nach 4 Stunden konnte er mit dem Augenspiegel eine erhebliche Vergrösserung der Glaskörpertrübungen um das eingespritzte Secret herum beobachten, während rings herum noch rothes Licht vom Augenhintergrunde reflectirt wurde. Erst später tritt Iritis, eiterige Retinitis und geringfügige Choreoiditis hinzu.

Dass die Eiterung im Glaskörper von einer Stichwunde ausgehen kann, wies Pagenstecher durch seine geistvollen Experimente nach.

Diese letztere Entstehungsart kann wohl auch in unserem Falle angenommen werden, und zwar liesse sich vielleicht die Annahme, wie ich sie mir zurechtgelegt habe, nicht von der Hand weisen, dass nämlich, da Patient sich einen Nagel in's Auge stiess, hier im Ciliarfortsatz oder ganz in seiner Nähe, sich eine Colonie von Streptococcen, wie sie ja von Wagenmann bei einem kürzlich publicirten Fall in den inneren Augenhäuten und im Glaskörper nachgewiesen wurden, ablagerte, hier vielleicht sich einkapselte und dann plötzlich durch die Erschütterung beim Reiten frei gemacht die Infection des Glaskörpers bewerkstelligte.

Demnach würde die Irido-Cyclitis in unserem Falle wohl das secundäre, die Hyalitis suppurativa das primäre gewesen sein. Es hätte sich das objectiv wohl auch entscheiden lassen, wenn nicht schon zu Anfang eine Untersuchung mit dem Augenspiegel durch die colossale Schwellung der Lider, den grossen Reizzustand des gesammten Auges mit starker Myosis und hinteren Synechien unmöglich gemacht worden wäre.

Feuilleton.

Friedrich Scanzoni von Lichtenfels †.

Ein Leben, selten reich an Arbeit wie an Erfolgen, hat in diesen Tagen seinen Abschluss gefunden. Fernab von der Stätte seines langjährigen Wirkens und dem Getriebe der Welt, auf seinem Gute Zinneberg in Oberbayern ist am 12. Juni Friedrich Wilhelm Scanzoni von Lichtenfels, der berühmte Universitätslehrer und Frauenarzt im 70. Lebensjahr der schleichenden Krankheit erlegen, welche lange schon an den Kräften des Körpers und Geistes zehrte.

Mit Scanzoni ist der letzte und bekannteste jener Männer in den Tod gegangen, deren Name mit dem glänzenden Aufschwung verknüpft ist, welchen die Gynäkologie um die Mitte dieses Jahrhunderts erfuhr. Auf die Gynäkologie der 50 er und 60 er Jahre ist die moderne Gynäkologie gefolgt. Junge Kräfte haben die alten abgelöst, neue Ideen, neue Methoden und Entdeckungen haben dieses Fach der Medicin zu ungeahnten Erfolgen geführt — das Verdienst jener Männer, welche dem Bau der Fundamente ihr Lebenswerk gewidmet und eine Wissenschaft begründet haben, die sich zu hoher Blüthe entfalten konnte, bleibt darum nicht geringer.

Scanzoni war geboren zu Prag am 21. December 1821. Er besuchte das Gymnasium zu Budweis, beendigte daselbst auch die sogenannten philosophischen Studien und kehrte dann nach Prag zurück, um sich der Medicin zu widmen. 23 Jahre alt wurde Scanzoni auf Grund seiner Dissertation »Tractatus de Scorbuto« zum Doctor der Medicin und Chirurgie und zum Magister der Geburtshülfe promovirt. Um sich fortzubilden, brauchte Scanzoni nicht weit zu gehen. Seine Vaterstadt, neben Wien und Paris als Emporium der Medicin weithin berühmt, bot ihm dazu die beste Gelegenheit. Scanzoni versah vom Jahre 1844—45 die Stelle eines Secundararztes an dem allgemeinen Krankenhause in Prag. Daselbst bestand seit 1842 unter dem Titel einer Frauenkrankenabtheilung die älteste gynäkologische Klinik der Welt. Ihr Leiter war kein geringerer als Kiwisch. Hier, unter dem mächtigen Einflusse der Persönlichkeit Kiwisch's empfing Scanzoni die erste Anregung, sich der neuerblühenden Wissenschaft zu widmen.

Im Jahre 1846, nachdem unterdessen Kiwisch nach Würzburg berufen war, übernahm Scanzoni die Stelle eines Assistenzarztes am Prager Gebärhause, welche ihm bei nahezu völliger Selbstständigkeit ein Feld für operative und wissenschaftliche Thätigkeit brachte, dessen er in späteren Jahren immer wieder rühmend gedachte. 1848 wurde Scanzoni zum ordinirenden Arzte an der gynäkologischen Abtheilung des allgemeinen Krankenhauses und zum Docenten der Gynäkologie ernannt. In dieser Stellung erhielt Scanzoni, noch nicht 30 Jahre alt, einen Ruf an die Universität Würzburg, wo durch den Fortgang seines Lehrers Kiwisch die ordentliche Professur für Geburtshülfe frei geworden war.

Im Winter 1850 in Würzburg eingezogen, ist Scanzoni — trotz aller der glänzenden Anerbietungen, welche im Laufe

der Jahre an ihn herantraten — der Alma Julia stets treu geblieben. Sein Wirken bezeichnet einen Glanzpunkt in der Geschichte der Würzburger medicinischen Schule, sein Name wird allzeit genannt werden, wenn von ihren Ersten und Besten die Rede ist!

38 Jahre ist Scanzoni in Würzburg als klinischer Lehrer thätig gewesen! Seine Schüler zählen nach Tausenden, seine Klinik war lange ein Sammelplatz für Aerzte des In- und Auslandes, welche dort ihre Fachausbildung suchten. Als die Last der Jahre den starken Geist in Fesseln zu legen begann, als sich ein rasch zunehmender Verfall der Körperkräfte geltend machte, entschloss sich Scanzoni der geliebten Thätigkeit zu entsagen und mit dem Wintersemester 1887/88 seine Stelle niederzulegen. Es war eine weihevolle Stunde, als der greise Meister zum letzten Male vor seine Zuhörer trat und von der Stelle am Krankenbette, von wo er so oft in die Augen seiner begeisterten Schüler geschaut, einen Ueberblick über seinen Lebenslauf, seine wissenschaftliche Thätigkeit und seine Erfahrungen gab. Für diese Stunde, in der Erregung des Abschiedes, war er noch einmal ganz der alte, der grosse Kliniker auf der Höhe seiner Kraft. Weder Ruhe und Schonung, noch die aufopfernde Pflege der Gattin vermochten den Fortschritt des Siechthums aufzuhalten. Körper- und Geisteskräfte sanken immer mehr dahin. So ward ihm ein sanfter Tod zur Erlösung.

Was die Persönlichkeit Scanzoni's vor Allem auszeichnete, was den mächtigen Einfluss erklärt, den dieser Mann Jahrzehnte lang auf die Entwickelung der deutschen Gynäkologie ausübte, das ist die seltene und glückliche Harmonie, in welcher er alle grossen Eigenschaften eines Forschers, Lehrers und Arztes in sich verkörperte. Wenn ihn ein scharfer klarer Geist, eine stets nüchterne und doch weitausblickende Beobachtungsgabe, eine reiche, schon mit jungen Jahren gewonnene Erfahrung, das Alles gepaart mit ungewöhnlicher Arbeitskraft und meisterhafter Gewandtheit des Stils, zu den bedeutendsten wissenschaftlichen Leistungen befähigte, so stand ihm nicht minder jene überzeugende Kraft des ganzen Wesens, jene Wärme und Hingebung zu Gebote, welche befruchtend auf den Schüler, Vertrauen und Hoffnung erweckend auf den Kranken wirkt.

Als Scanzoni seine Laufbahn begann, da vollzog sich eben ein mächtiger Umschwung auf allen Gebieten der Medicin. Die naturphilosophische Schule ging zu Ende, die naturwissenschaftliche Richtung der Medicin war in vollem Aufblühen begriffen. Johannes Müller hatte sein Lehrbuch der Physiologie veröffentlicht, mit Begierde wurden — wie Scanzoni oft erzählte — die einzelnen Lieferungen des Handbuches der pathologischen Anatomie Rokitansky's erwartet und gelesen, Histologie und Embryologie erstanden neu, Physik und Chemie traten in Dienst der Medicin. Eine grosse Zeit, voll eifrigen Strebens und glänzender Erfolge allerorts! Mit jugendlichem Eifer nahm Scanzoni die neuen Fortschritte in sich auf; er hat sie nicht nur trefflich für sein Fach zu verwerthen gewusst, er ging auch selbst im Sinne der neuen Richtung an die Verwerthung des grossen Beobachtungsmaterials, welches ein günstiges Geschick an dem ausgedehnten Prager Gebärhaus zu unbeschränkter Verfügung gestellt hatte. Dafür zeugen schon die Titel seiner ersten kleineren Arbeiten — Beitrag zur Aetiologie des Abortus; die Auscultation als Mittel zur geburtshülflichen Diagnose; die spastische Strictur des Muttermundes, die Pathologie des menschlichen Eies; die Contractionen des Uterus, physiologisch beleuchtet. Sie behandeln ganz andere Fragen, als man sie damals in der Geburtshülfe zu erörtern pflegte. Noch mehr aber beweist das Gesagte das erste grössere Werk Scanzoni's, sein »Lehrbuch der Geburtshülfe« 1849—1852. Es trägt bereits ganz das Gepräge der neueren Zeit. Grossartig angelegt, alle Zweige der Geburtshülfe in Theorie und Praxis gleichmässig und erschöpfend behandelnd, allen neueren Forschungen Rechnung tragend und doch originell geschrieben und jeder Compilation fernstehend, hat es seinen Verfasser mit einem Schlage weit über die Grenzen seines Vaterlandes bekannt gemacht und in seinen verschiedenen Auflagen mehr als 2 Jahrzehnte als beliebtestes Lehrmittel geherrscht.

Als zweites grösseres Werk liess Scanzoni eine monographische Bearbeitung der Krankheiten der weiblichen Brüste und Harnwerkzeuge sowie der dem Weibe eigenthümlichen Nerven- und Geisteskrankheiten erscheinen (1854). Das Buch bildet Fortsetzung und Schluss der klinischen Vorträge über die specielle Pathologie und Therapie der Krankheiten des weiblichen Geschlechtes von Kiwisch, welcher die Bearbeitung gerade jener Capitel ihrer grossen Schwierigkeiten halber zurückgestellt hatte. Kiwisch's Werk musste vollendet werden! Scanzoni trat in die Lücke und hat sich seiner Aufgabe ganz im Geiste seines dahingegangenen Lehrers entledigt.

Das dritte umfangreiche Ergebniss der Arbeitskraft Scanzoni's ist das im Jahre 1856 erschienene Lehrbuch der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane. Es hat ebenso epochemachend gewirkt wie das Lehrbuch der Geburtshilfe. Der deutschen medicinischen Literatur war damit zum ersten Male ein systematisches Lehrgebäude gegeben, welches die Frauenkrankheiten auf eine den akademischen Bedürfnissen sowohl als den Zwecken des praktischen Arztes entsprechende Weise behandelte. Der Erfolg des Buches hat gezeigt, wie sehr gerade hier der Autor das Richtige getroffen.

1863 erschien als viertes unter den grösseren Publicationen Scanzoni's die Monographie über »die chronische Metritis«, ein anerkannt classisches Meisterwerk der Detailforschung, welches in scharfen Zügen das Bild einer weitverbreiteten, aber bis dahin nur unvollkommen gewürdigten Krankheit gezeichnet und für alle Zukunft festgelegt hat.

Zwischen die genannten Arbeiten fallen eine ganze Reihe kleinerer Veröffentlichungen aus der Feder Scanzoni's, welche zumeist in den von ihm herausgegebenen »Beiträgen zur Geburtshilfe und Gynäkologie« (VII Bände 1853—67) enthalten sind. Sie stehen im Zusammenhang mit den Arbeiten seiner Schüler, die jene Bände grösstentheils füllen, und haben — wie z. B. die gegen die Sims'sche Lehre gerichteten Aufsätze — ihrer Zeit das allgemeine Interesse in Anspruch genommen.

Die letzte Publication Scanzoni's steht in der Festschrift, welche die medicinische Facultät der Universität Würzburg zur dritten Säcularfeier der Alma Julia-Maximilianea widmete (1882). Auf 31 Jahre klinischer Thätigkeit zurückblickend, hat Scanzoni darin an der Hand von 198 Fällen von Beckenenge seine Grundsätze der Behandlung dieser Anomalie niedergelegt.

Ein Menschenalter ist dahin, seitdem die ersten Arbeiten des jungen Prager Professors in der wissenschaftlichen Welt Aufsehen erregten, mehr als ein Decennium ist vorüber, seitdem die grossen Lehrbücher Scanzoni's ihre letzte Auflage erfuhren. Die Gynäkologie hat unterdessen wieder ein weites Stück auf dem Wege zur Vervollkommnung zurückgelegt. Die Werke Scanzoni's gehören der Vergangenheit an, sie können aber nie der Vergessenheit anheimfallen, denn sie bilden einen Markstein in der geschichtlichen Entwicklung der Geburtshilfe und Gynäkologie, und sichern ihrem Verfasser ein dauerndes Angedenken in den Annalen seines Faches.

Scanzoni hat die Erfolge der Antiseptik und die dadurch ermöglichte operative Ausbildung der Gynäkologie noch erlebt und mit stetem Interesse verfolgt, selbst noch mit alter Kraft auf diesem Gebiete mitzuarbeiten, ist ihm versagt gewesen. Das ist das tragische Schicksal, dem auch die grössten Geister nicht entgehen; jeder trägt die Leuchte der Wissenschaft nur ein Stück weit, dann muss er sie Anderen überlassen.

Was Scanzoni als Lehrer gewesen ist, — die vielen Hunderte seiner Schüler, die heute noch in allen Gauen Deutschlands wirken, wissen es und werden seiner in Dankbarkeit gedacht haben, als die Nachricht seines Hingangs die Tagesblätter durchlief. Ihm war die Macht des lebendigen Wortes in selten hohem Maasse gegeben. Wie sein ganzes Wesen, so war auch sein Vortrag frei von jeder Geziertheit und allem Pathos, schlicht, einfach, wahr, darum aber nicht weniger zu Herzen gehend und überzeugend.

Dass die mächtige Persönlichkeit Scanzoni's, sein wissenschaftliches Ansehen, seine Erfahrung, endlich dem Arzte Scanzoni die grössten Erfolge sicherten, darf nicht Wunder nehmen. Als Scanzoni 1863 zum zweiten Male zur Entbindung der

Kaiserin nach Russland berufen war und er aus Petersburg zurückkehrte, da besass er einen Weltruf in des Wortes eigentlichster Bedeutung.

Aeussere Ehren und Auszeichnungen sind Scanzoni wie nur Wenigen seines Standes zu Theil geworden. Er konnte sich rühmen, Ehrenmitglied der vornehmsten wissenschaftlichen Gesellschaften des In- und Auslandes zu sein und einen Ruf an die ersten Hochschulen deutscher Zunge — Wien und Berlin — erhalten zu haben.

Den Altmeister der deutschen Gynäkologie deckt nun das frische Grab.

Ehre seinem Andenken!

E. Bumm-Würzburg.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

W. Ebstein und Arth. Nicolaier: Ueber die experimentelle Erzeugung von Harnsteinen. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 137 S. mit 6 Tafeln in Lichtdruck.

Ebstein hat in seinem Werke über die Natur und Behandlung der Harnsteine die Auffassung vertreten, dass alle Harnconcretionen, auch schon die kleinsten, der Harnsand und Harngries, nicht aus dem betreffenden Steinbildner allein, sondern neben diesem aus einer organischen, eiweissartigen Grundsubstanz bestehen, welche die Grösse und Form des Concrementes bedingt. In dieser Grundsubstanz lagert sich der betreffende Steinbildner krystallinisch ab. Diese Ansicht Ebstein's wird vollkommen bestätigt durch die interessanten Versuche, welche er in Gemeinschaft mit seinem Assistenten Nicolaier über experimentelle Erzeugung von Harnsteinen gemacht hat. Es gelingt bei verschiedenen Thieren, besonders gut bei Hunden und Kaninchen, in der kurzen Zeit von einigen Wochen, durch Verfütterung von Oxamid, dem Säureamid von Oxalsäure $\begin{matrix} CO\,NH_2 \\ CO\,NH_2 \end{matrix}$, recht beträchtliche Concremente im Nierenbecken zu erzeugen, die aus Oxamid bestehen und in ihrem Aufbau eine völlige Analogie zu den Harnsäuresteinen des Menschen aufweisen. Sie zeigen eine concentrisch schalige und radiär fasrige Structur, erstere bedingt durch die Anordnung der organischen Grundsubstanz, letztere durch den in radiären Fasern auskrystallisirenden Steinbildner. In den gewundenen Harncanälchen fand sich Verfettung der Epithelien, in der Umgebung der Canälchen stellenweise entzündliche Veränderungen, ausserdem herdweise Einlagerungen von Oxamidkrystallen in die Nieren. Oft wurde Hydronephrose infolge Verstopfung eines Ureters durch die Concremente gefunden.

Interessant ist die hiemit zum ersten Male experimentell erhärtete Thatsache, dass reichliche Zufuhr eines Steinbildners Nierensteine hervorrufen kann. Nach E.'s Auffassung aber ist dies nur möglich bei gleichzeitiger chemischer Schädigung der Nieren durch den Steinbildner, wodurch die für die Steinbildung nothwendige organische Grundsubstanz (aus zu Grunde gegangenen Nierenepithelien) geliefert wird. Wir finden hier eine Analogie zur Bildung der Gallensteine, für welche nach der von Naunyn auf dem letzten medicinischen Congresse in Wiesbaden vertretenen Auffassung, ebenfalls ein »steinbildender Katarrh der Gallenwege« nöthig ist.

Die eingehenden Untersuchungen von E. und N., können Jedem, der sich über die interessante Frage der Nierensteinbildung näher orientiren will, auf's Angelegentlichste empfohlen werden. Die Lichdrucktafeln, zumeist Schliffe der Oxamidconcremente darstellend, bilden einen besonderen Schmuck des Werkes. Moritz-München.

Prof. Dr. **Hermann Eichhorst: Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie für praktische Aerzte und Studirende.** Vierte umgearbeitete und vermehrte Auflage, 3. Bd. Wien u. Leipzig, Urban u. Schwarzenberg. 1891.

Der im Anfang dieses Jahres erschienene 3. Band, welcher die Krankheiten der Nerven, Muskeln und Haut enthält, reiht sich würdig an die erste Hälfte des allgemein anerkannten Handbuches an. Was diesem seinen hohen Werth verleiht, das ist die durchweg klare, objective und gründliche Darlegung des heutigen Standes der speciellen Pathologie auf Grund umfassender Literaturkenntnisse und eigener Erfahrung. Die letztere tritt uns gerade in der Bearbeitung der Neuropathologie, welche der Wichtigkeit des Stoffes entsprechend, mehr als $^3/_4$ des gesammten Buchumfanges einnimmt, fast in jedem Capitel in erfreulicher Weise deutlich entgegen; nur wenige Erkrankungen seltenster Art sind es, bei denen sich E. nicht auf eigene anatomische und klinische Beobachtungen stützt. Der Werth der zahlreichen Originalabbildungen, mit denen der neue Band so glänzend ausgestattet ist, ist mit ihrem eigentlichen Zwecke: Erleichterung des Verständnisses für den Lernenden, nicht erschöpft; sie leisten auch der Wissenschaft als solcher gute Dienste, indem sie die Casuistik, sei es zur Bestätigung, sei es zur Modification bisheriger Anschauungen, mit werthvollen Belegen bereichern.

Mit dem Geschick des erfahrenen klinischen Lehrers trägt E. dem Bedürfniss des Lernenden besondere Rechnung durch allgemeinere einleitende Abschnitte, so durch eine ausführliche Besprechung der Methoden zur Prüfung der Sensibilität, deren Ausführung durch Abbildungen der gebräuchlichen Instrumente und beigefügte Tabellen erleichtert wird. So gehen den Krankheiten des Rückenmarkes »diagnostische Vorbemerkungen« voraus, welche den anatomischen Bau, die physiologischen Verhältnisse und die Verwerthung dieser zu den Localdiagnosen der genannten Krankheiten in zusammenfassender, anschaulichster Darstellung behandeln. Ebenso werden die Krankheiten des Gehirns durch ähnliche Vorbemerkungen eingeleitet, mit welchen der Verfasser eine Uebersicht der Herdsymptome bei Erkrankungen der einzelnen Hirntheile giebt. Ueberaus instructiv und eine genaue Wiedergabe der herrschenden Anschauungen ist ferner das Capitel über aphatische Symptomencomplexe.

Auch Krankheiten, deren Kenntniss wir der neuesten Zeit verdanken, haben in der neuen Auflage Aufnahme und gebührende Würdigung gefunden, wie die Akromegalie, Polymyositis und andere.

In Bezug auf die Eintheilung, bezw. Classificirung weicht der Verfasser gelegentlich von den Anschauungen anderer Autoren ab. So rechnet er z. B. die Tabes zu den »einfachen« Systemerkrankungen des Rückenmarkes. Ebenso wie über diese Auffassung, lässt sich darüber streiten, ob es zweckmässig sei, von den allgemeinen Neurosen schon jetzt den einen Theil als functionelle Krankheiten des Rückenmarks, den andern als cerebrale Neurosen aufzuführen, so lange die Begründung dieser Gliederung, wie E. selbst wiederholt hervorhebt, noch auf so schwachen Füssen steht.

Dem Meisterwerk der Nervenkrankheiten schliesst sich zunächst ein kurzes Capitel über Krankheiten der Muskeln an, welches die myopathischen Formen der progressiven Muskelatrophie nach den Erb'schen Anschauungen, sodann die wahre Muskelatrophie, die Myositis ossificans und Polymyositis acuta behandelt. Das letzte Capitel des Bandes bilden die »Hautkrankheiten«, deren Bearbeitung wiederum Zeugniss von der Vielseitigkeit der Forschungen und Erfahrungen des Autors ablegt.

Wer bereits im Besitze der beiden ersten Bände des E.'schen Handbuches gewesen ist, wird mit wachsender Befriedigung die Fortsetzung des Werkes zur Hand genommen haben und mit Spannung dem Schlussbande entgegensehen, welcher u. A. die Leistungen auf dem in unserer Zeit am meisten durchgeackerten Felde, auf dem Gebiete der Infectionskrankheiten bringen soll. Stintzing.

Dr. **J. Boas: Allgemeine Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten nach dem heutigen Stande der Wissenschaft bearbeitet.** Mit 23 Holzschnitten. Leipzig, Georg Thieme. 1890. 272 Seiten.

Was das vorliegende Buch bietet, sagt der Titel desselben in kurzer und präciser Weise. Es bringt uns eine Darstellung der beiden Hauptcapitel der Lehre von den Magenerkrankungen,

in welchen die Arbeiten der letzten Jahrzehnte eine wesentliche Aenderung unserer Anschauungen und eine erhebliche Erweiterung unserer Kenntnisse herbeigeführt haben. So zahlreich aber auch die Ergebnisse der einzelnen Forschungen in diesen Gebieten sein mögen, einen wirklich, wenn auch nur vorläufig, befriedigenden Abschluss haben sie noch nicht erzielt. Trotzdem oder vielmehr gerade deshalb sind wiederholte Bearbeitungen »nach dem jeweiligen Stande der Wissenschaft« in hohem Grade nützlich. Dieselben vermitteln nicht nur in gesichteter Darstellung den Praktikern, welche sich nicht mit eingehendem Studium der täglich anschwellenden Specialliteratur beschäftigen können, die wesentlichen Errungenschaften der wissenschaftlichen Forschung, sondern sie regen auch, indem sie dieselbe erleichtern, zur Mitarbeit immer neue Kräfte an. Unter den zahlreichen Werken, welche in der angedeuteten Absicht geschrieben sind und welche ihr Ziel bald in weiterem, bald in engerem Rahmen zu erreichen suchen, nimmt das vorliegende eine entschieden hervorragende Stellung ein. Für diejenigen freilich, welche in bequemer Form nur das Wenige allgemein anerkannt Brauchbare und mühelos Anwendbare in der Magendiagnostik und -Therapie suchen, wird vielleicht der Umfang des Buches zu gross und die Aufzählung der Methoden, sowie ihre gegenseitige Abwägung zu ausführlich sein. Wer aber das ernstliche Bestreben hat, mit dem in der Praxis leider noch weit verbreiteten Schlendrian, Magenkrankheiten wesentlich aus der Anamnese und der Betastung des Leibes allein erkennen zu wollen, gründlich zu brechen, wird mit Hülfe des Boas'schen Buches im Verein mit einem guten praktischen Cursus, sich bald die Freude verschaffen können, dass ihm der Magen nicht mehr wie früher als »dunkler Körpertheil« erscheint. Vor Allem aber haben diejenigen einen Genuss von der Lectüre des Buches, welche sich selbst an der neueren Forschung in der Magenpathologie betheiligt haben. Sie erkennen in dem Verf. nicht nur den regen Laboratoriumsforscher wieder, als welcher er sich durch seine Publicationen einen Namen gemacht hat, sondern sie lernen in ihm auch den erfahrenen Praktiker schätzen. Die Literaturverzeichnisse sowie die Citate unter dem Text sind, wenn sie auch durchaus keine Vollständigkeit beanspruchen, doch für Alle, welche sich mit dem Gegenstand noch näher befassen wollen, sehr angenehme Beigaben. Nicht weniger gilt dies von den beigefügten guten Abbildungen, welche zum Theil sehr zweckmässiger Weise anderen Arbeiten entnommen sind, zum Theil aber auch eigner Beobachtung entstammen.

Nach dem Vorstehenden ist es nicht zu verwundern, wenn Recensent von sich sagen muss, dass er stets mit Vergnügen in dem Werk gelesen hat. Dass er aber auch in manchen Punkten nicht derselben Meinung wie der Verfasser ist, soll deshalb durchaus nicht in Abrede gestellt werden. Es wäre ja geradezu undenkbar, dass es in einer so in der Entwickelung begriffenen Disciplin, wie der in Rede stehenden, anders sein könnte und der Autor erwartet es auch, nach seiner Vorrede zu urtheilen, selbst gar nicht anders. Doch dürfte es zu weit führen, wollte man auch nur die wenigen Differenzpunkte an dieser Stelle discutiren. Nur eine Frage möchte Recensent berühren, in der Hoffnung, dem vortrefflichen Werkchen bei einer gewiss bald zu erwartenden zweiten Ausgabe dadurch zu nützen. Will Verfasser nicht bei der Diagnostik die Probeincision zur Feststellung der Diagnose der Magentumoren und Stenosen, nicht bei der Therapie die Indication zur Exstirpation derselben abhandeln? Man wird vielleicht darauf, erwidern, dass das in's Gebiet der Chirurgie gehört. Aber eine der Haupterrungenschaften der modernen Magenpraxis ist es doch gerade, dass sowohl zur Erkennung als zur Behandlung mehrfach chirurgische Maassnahmen das Vorgehen des internen Mediciners auf das Wirksamste unterstützen. Und ein Buch, wie das Vorliegende, wäre gerade der geeignete Ort, ohne gerade auf ausführliche Beschreibung einzelner Operationsmethoden einzugehen, die doch nur künstlichen Schranken fallen zu lassen, die nahen Beziehungen zwischen Chirurgie und innerer Medicin auf dem Gebiete der Magenkrankheiten zu erörtern und dadurch zu immer intimerer Gestaltung derselben beizutragen. Die praktischen Erfahrungen werden dem Verf. in dieser Richtung ebenso wenig mangeln, wie es in andern der Fall ist. Wenn aber Recensent auch in der Berücksichtigung seiner Anschauung eine Vervollkommnung des Buches sehen würde, so wird doch dadurch sein Gesammturtheil in keiner Weise beeinflusst. Wir haben in dem Boas'schen Werk ein hochwillkommenes Hülfsmittel für Alle, welche es mit der Erkennung und Heilung der Magenkrankheiten ernst nehmen. Diesen sei es auf das Angelegentlichste empfohlen.

Penzoldt-Erlangen.

Prof. Dr. **C. Langenbuch: Der Leberechinococcus und seine Chirurgie.** Stuttgart, Enke, 1890.

Zu den Erkrankungen innerer Organe, deren Behandlung heutzutage Aufgabe der Chirurgie geworden, gehört nicht in letzter Linie der Leberechinococcus und es wird uns daher nicht befremden, eine ausführliche Darstellung dieser interessanten Krankheit aus der Feder eines Chirurgen zu erhalten.

L. schildert zunächst die Naturgeschichte der Taenia echinococcus und deren Proliferation im menschlichen Körper, Verbreitung, Vorkommen, Entwickelung, Bau, chemisches Verhalten des Leberechinococcus, Symptome, Diagnose desselben und seiner Complicationen. Mit Recht warnt L. energisch vor den sonst so beliebten Probepunctionen bei Flüssigkeitsansammlungen hinter den Rippen, wenn Echinococcus nicht auszuschliessen, da die Echinococcusflüssigkeit nicht nur an sich mehr minder giftig wirkt, sondern auch das Nachsickern von Flüssigkeit die Skolices enthält, die Gefahr der Keimzerstreuung in sich schliesst. L. bespricht eingehend die bisherigen Behandlungsmethoden des Leberechinococcus, verwirft die Punction als unzuverlässig und bedenklich, ebenso die Elektropunctur als nicht immer sicher, ist dagegen für die Sublimatinjectionsbehandlung (Debove, Baccelli, Terrillon) sehr eingenommen, die mit vortrefflichem Erfolg (11 mal bei 13 Fällen) bisher angewandt wurde, während die Punctionen mit nachfolgender Drainage, die Simon'sche Doppelpunction, die Aetzmethoden im Allgemeinen verworfen werden.

Betreffs der Schnittmethoden finden die verschiedenen Methoden des einzeitigen und zweizeitigen Schnittes eingehende Darstellung und Würdigung; ohne dass das Lindemann'sche, Landau'sche oder Volkmann'sche Verfahren absolut bevorzugt würde, ist L. doch im Allgemeinen mehr Anhänger des einfachen einzeitigen Verfahrens, d. h. er legt nach breiter Probeincision durch die Bauchdecken und das parietale Bauchfell zuerst einen Kranz dichter Nähte in die Sackwand resp. das bedeckende Lebergewebe und vereinigt so die Sackwand mit den Wundrändern. Ist L. überzeugt, dass die Nähte für den Augenblick die Bauchhöhle fest abschliessen und vorläufig festhalten können, so eröffnet er nach möglichst vollständiger Aspiration des Inhaltes den Sack, schlägt die besonders desinficirten Schnittränder nach aussen und vernäht sie mit nunmehr durchgreifenden zahlreichen Nähten (durch Haut und Muskelsubstanz) beiderseits an die Bauchwunde, zur Ausspülung der Cyste bedient sich L. nur des gekochten Wassers. Wenn es dagegen bei eitrigem Inhalt oder in Folge zu grosser Morschheit der Cystenwand bei starkem Husten, Brechreiz etc. nicht gelänge, durch den Nahtkranz einen vertrauenswürdigen Verschluss der Bauchhöhle herzustellen, will L. nach möglichst dichter Herstellung eines Nahtkranzes (des Fremdkörperreizes wegen) zweizeitig vorgehen, d. h. zunächst aseptisch verbinden. Umpackung des Schnittes mit Carbolgaze oder Schwämmen bei einzeitiger Methode hält L. für nicht genügend gegen Infection sichernd. Auch die Behandlung des subphrenischen und des in die Bauchhöhle perforirten Echinococcus, bei welch letzterem angesichts der grossen Gefährlichkeit der Erguss baldigst entfernt werden soll, finden eingehende Darstellung, nicht allein betreffs der bisher vorliegenden Literatur, sondern auch bezüglich der einschlägigen experimentellen Forschungen (Debel) und kommt bezüglich des letzteren L. zu dem Schluss, dass nach Oeffnung der Leibeshöhle der Peritonealraum mit einer sterilisirten 7 proc. Kochsalzlösung in Litermengen einige Minuten durchzuirrigiren wäre, wodurch die toxinhaltige Flüssigkeit grösstentheils ent-

fernt und eine »Resorptionsmüdigkeit« der mittlerweile überfüllten Capillaren hergestellt würde, so dass danach noch ca 1 Liter einer $^1/_{10}$ pro Mille Sublimatlösung durchgespült werden könne. Ueber den nachträglichen Gallenausfluss aus operirten Leberechinococcen verbreitet sich weiterhin L. und schildert dann fernerhin die Sonderform des Echinoccus multilocularis nach anatomischen genealogischen Verhältnissen etc. Das L.'sche Buch ist mit vollständiger Benützung der betreffenden Literatur anregend geschrieben, gute Holzschnitte illustriren die Bildung, die histologischen Details des Echinococcus und kann die Lectüre der nicht zu umfangreichen Monographie bestens empfohlen werden.

Schreiber-Augsburg.

Dammer, Otto: Handwörterbuch der öffentlichen und privaten Gesundheitspflege. Stuttgart Enke. 1891. 960 Seiten. 24 Mark.

Ein stattliches inhaltreiches Werk, das schon zweimal in diesen Blättern kurz Erwähnung fand, ist programmmässig rasch in der Frist eines Jahres vollständig erschienen. Wie Referent in seinen früheren Besprechungen ausführte und wie Dammer in der Vorrede selbst eingesteht, sind Ungleichheiten der Behandlung, Lücken und Wiederholungen nicht durchweg vermieden, doch ist trotz dieser Mängel ein Werk entstanden, das Jedem, der in hygienischen Fragen rathen oder urtheilen soll, reiche Belehrung bietet.

Besonders werthvoll erscheinen dem Referenten eingehende Capitel über Dinge, die in den gewöhnlichen Lehrbüchern der Hygiene und der Anleitung zu Untersuchungen u. dgl. fehlen z. B.: Ueber Turnen, Schwimmen, Unfall- und Krankenversicherung, Wald, Theater, Viehmärkte und Viehtransporte u. s. f. Die Mehrzahl der Artikel sind klar und knapp geschrieben, die Literaturcitate und Abbildungen dürften noch vielfach vermehrt werden (Artikel Ventilation ist z. B. ohne Abbildung!), doch ist auch jetzt schon in Literaturangaben viel Dankenswerthes geboten. Ein Register würde die Aufsuchung manchen Gegenstandes ermöglichen, den man jetzt kaum suchen kann und den Inhaltsreichthum noch besser illustriren. Referent ist überzeugt, dass sich das Buch viele Freunde erwerben und in einer sicher zu erwartenden neuen Auflage noch vielfache Verbesserungen erfahren wird. Das bewährte Geschick Dammer's ist Bürgschaft dafür.

K. B. Lehmann-Würzburg.

Gräupner: Elektrolyse und Katalyse, ihre Theorie und Praxis. Mit 52 Abbildungen. 203 S. Breslau 1891.

Wer sich über die im Titel ausgesprochenen Gebiete rasch orientiren will, wird dies an Hand obigen Buches leicht vermögen. Uebersicht, Klarheit und Vollständigkeit zeichnen das kleine Werk, welches wohl zum ersten Mal eine zusammenfassende Bearbeitung des ganzen einschlägigen Stoffes bringt, besonders aus. Auf die Details des Buches, welches dem Praktiker bestens empfohlen werden kann, lässt sich hier nicht weiter eingehen, erwähnt sei nur, dass Verfasser im allgemeinen Theil eine leicht verständliche Darstellung der für die Elektrolyse wichtigen physikalischen Gesetze, eine genaue Beschreibung der für dieselbe erforderlichen Apparate und Nebeninstrumente sowie der technischen Ausführung der Elektrolyse gibt, während im speciellen Theil sämmtliche mit Elektrolyse zu behandelnden Affectionen unter eingehender Erörterung der einzuschlagenden Methode und kritischer Beurtheilung des zu erwartenden Erfolges eine genaue Besprechung finden.

R. v. Hösslin-Neuwittelsbach.

Vereins- und Congress-Berichte.

XIX. Deutscher Aerztetag zu Weimar.

(Originalbericht von Dr. A. Weiss in München.)

(Schluss.)

Vor Beginn der Frühstückspause theilt der Vorsitzende mit, dass von Breslau Beschwerde eingelaufen sei, weil der Ausschuss nach dem Tode Szmula's Busch-Crefeld cooptirt und den Osten Deutschlands unvertreten gelassen habe. Breslau macht einen diesbezüglichen Vorschlag, was vom Vorsitzenden mit der Erklärung beantwortet wird, dass für den Ausschuss eine Verpflichtung, eine regionäre Vertretung festzuhalten, nicht existire. Busch's Verdienste hätten seine Cooptirung vollauf gerechtfertigt.

Zu Punkt I der Commissionsanträge waren ebenfalls von Berlin und Leipzig Gegenanträge eingereicht worden.

Von Berlin: Die Dauer des medicinischen Studiums ist im Interesse einer gründlichen Vorbildung auf mindestens 10 Semester auszudehnen einschliesslich der für den praktischen Krankenhausdienst erforderlichen Zeit.

Von Leipzig: Die Dauer des medicinischen Studiums an den Universitäten ist im Interesse der gründlicheren Ausbildung auf 10 Semester auszudehnen.

Als Referent begründete Bardeleben die Forderungen der Commission. Da durch die Annahme des Punktes IV der Commissionsvorschläge der Berliner und Leipziger Gegenantrag zu Punkt I hinfällig geworden, so wurden diese Anträge von Hartmann und Henrici zurückgezogen. Discussion fand nicht statt, Punkt I der Commissionsvorschläge wurde einstimmig angenommen.

Zu These II der Commissionsvorschläge gab ebenfalls Bardeleben eine einleitende Begründung. Der Gegenantrag Berlin lautet:

Um eine bessere praktische Ausbildung herbeizuführen, werden nachstehende Vorschläge gemacht:

1) }
2) } wie Commission.
3) }

4) Für die regelmässige Abhaltung eines propädeutischen Unterrichts vor Beginn des praktisch klinischen Unterrichts ist mehr wie bisher zu sorgen.

5) Für den klinischen Unterricht sind die Lehrkräfte so zu vermehren, dass überall da, wo die Zahl der Theilnehmer am Unterricht mehr als 100 beträgt, eine neue Lehrkraft angestellt wird.

6) Bei allem mit Demonstrationen und praktischen Uebungen verbundenen Unterricht soll derselbe, um ihn erspriesslich zu machen, so organisirt sein, dass auf höchstens 20 Theilnehmer ein Erklärer entfällt.

7) Für die Zulassung zur Approbationsprüfung ist der Nachweis einer mindestens halbjährigen Krankenhausthätigkeit zu liefern.

Der Antrag Leipzig lautet:

Die bestehende Gliederung des Studiums ist im Allgemeinen festzuhalten unter Berücksichtigung der nachstehenden Vorschläge:

1) In der Anatomie ist eine gründlichere Ausbildung im Sinne der topographisch-chirurgischen Anatomie anzustreben.

2) In der Chemie ist ein besonderer Unterricht für den Mediciner mit praktischen Uebungen anzustreben. Eine praktische und obligatorische Thätigkeit im allgemeinen chemischen Laboratorium ist jedoch abzulehnen.

3) Die Vorprüfung ist derart zu theilen, dass

a) frühestens nach dem 2.—3. Semester eine naturwissenschaftliche Vorprüfung in den Lehrfächern Physik, Chemie, Botanik und Zoologie abgehalten wird.

b) Von dem vollen Bestehen dieser ersten Vorprüfung hängt es ab, dass nach weiteren 2—3 Semestern, also nach frühestens 5 Semestern, die medicinische Vorprüfung in den Lehrfächern Anatomie und Physiologie abzuleisten ist.

c) Studirenden, welche in einem Fache dieser letzteren, der medicinischen Vorprüfung, eine Censur nicht erhalten haben, ist es erlaubt, in das klinische Studium einzutreten.

4) Für die regelmässige Abhaltung theoretischer Vorlesungen über allgemeine und specielle Pathologie und Therapie, allgemeine und specielle Chirurgie, pathologische Anatomie und Heilmittellehre ist zu sorgen.

Die Forderung, diese Vorlesungen vor Beginn des praktisch-klinischen Unterrichts zu absolviren, erscheint dem Bezirksverein aus Gründen der Zweckmässigkeit und im Interesse der Studirenden ungeeignet.

Da nur die kleine Differenz bezüglich des Alinea 1 der

These II die Meinungen der Commission und des Berliner Vereines trennt, so einigte man sich unter Zustimmung Hartmann's dahin, sofort in die Discussion der Ziffer 1, 2 und 3 des Commissionsantrages einzutreten.

Bei Ziffer 1 entspann sich eine Debatte, an welcher Bardeleben, Strahl-Marburg, Krug-Mainz, Wallichs-Altona, Hartmann, Köppel-Berlin und Partsch-Breslau theilnahmen. Dieselbe drehte sich vorzugsweise um Einzelheiten des anatomischen Unterrichtes, um die Schwierigkeiten der Beschaffung des nöthigen Leichenmateriales u. s. w. Strahl ist in dem Wortlaut des Commissionsantrages mit dem Comparativ »gründlichere und ausgiebigere Ausbildung« nicht einverstanden und beantragt die Fassung: »Es ist eine gründliche Ausbildung auch im Sinne der topographischen Anatomie anzustreben«.

Krug-Mainz stellt den Antrag: »Die Studenten sollen gezwungen sein, 2 Semester auf der Anatomie zu arbeiten und bei der Anmeldung zum Examen die Belege hiefür beizubringen«.

Die Abstimmung ergab die Ablehnung der Fassung Leipzig und des Antrages Krug, dagegen die Annahme des Amendements Strahl.

An der Discussion der Ziffer 2 betheiligten sich ausser dem Referenten Bardeleben noch Hartmann und Henrici. Ersterer wünschte zum Commissionsantrag den Zusatz: »unter der Bedingung, dass auf je 10 Zuhörer ein Demonstrator kommt«.

Letzterer schlug vor, hinter dem Worte Laboratorium die Worte: »thunlichst in einem Saale für Medicin allein« einzuschieben. Er sei überhaupt dafür, diese chemischen Uebungen mehr innerhalb des Gebietes der Medicin stattfinden zu lassen. Die Anträge Hartmann und Henrici wurden abgelehnt, die Fassung der Commission angenommen.

Zu Ziffer 3 bemerkte der Vorsitzende Graf, dass die Punkte a und b des Antrages Leipzig beabsichtigen, die Vorprüfung, wie sie im vorigen Jahre in München beschlossen sei, in 2 Theile zu zerlegen. Es sei fraglich, ob das opportun sei, dagegen sei der Punkt c, welcher einen Gegenantrag gegen den der Commission darstelle, ganz gut discutabel. Nachdem Henrici a und b zurückgezogen, bemerkte zu c Becher-Berlin, es sei eine Härte, den Studenten, dem in einem Fache ein Unglück passirt sei, so lange zurückzuhalten, dass er damit ein Semester verlieren könne. Ziemssen wünschte im Interesse der Studenten den Commissionsantrag beizubehalten. Sie könnten so ihren Fleiss vielmehr auf das defecte Fach verwenden und dürften ja meist schon nach kurzer Zeit die Prüfung nachholen. Absatz c-Leipzig wurde nunmehr abgelehnt, der Commissionsantrag mit der Modification Bardeleben, »Beendigung« statt »Absolvirung« zu setzen, zum Beschluss erhoben.

Bei Ziffer 4 begründete v. Ziemssen die Forderungen der Commission mit dem Hinweise darauf, dass diese theoretischen Vorlesungen, obwohl für den Studenten fast unentbehrlich, an manchen Universitäten in Verfall gerathen seien. Gegen die Sätze 5 und 6 des Berliner Antrages wendete er ein, das Verlangen von 5 sei unthunlich und liege auf einem ganz anderen Gebiete; auch seien die Verhältnisse zu verschieden, viele Universitäten seien einfach nicht im Stande, diese Forderungen zu erfüllen. Auch 6 könne nicht in dieser generellen Weise gefasst werden, die Vorschläge gingen überhaupt zu sehr in's Detail, es handle sich hier hauptsächlich darum, die grossen Gesichtspunkte hervorzuheben.

Zur Geschäftsordnung machte Penzoldt den Vorschlag, die Punkte 5 und 6-Berlin unter These III abzuhandeln, da ihr Inhalt sich augenscheinlich nicht auf den theoretischen, sondern auf den klinischen Unterricht beziehe, wozu Hartmann-Berlin seine Zustimmung gab.

Es blieb nun nur noch der Gegenantrag Leipzig übrig, dessen Fassung gegen die der Commission Annahme fand.

Der an das Ende der These II gestellte erste Satz derselben, die bestehende Gliederung des Studiums betreffend, wurde nach dem Wortlaute des Commissionsantrages angenommen.

Zu These III lag folgender Gegenantrag Leipzig vor:

Der Bezirksverein hält es auf Grund der in Leipzig bereits bestehenden Einrichtungen an den Polikliniken für die praktische Ausbildung der Mediciner für besonders wichtig, dass nicht nur die Kliniken zur Ausbildung in den klinischen Specialfächern herangezogen werden.

Referent v. Ziemssen gab eine eingehende Kritik der bestehenden Verhältnisse des klinischen Unterrichtes. Der Hauptmangel desselben liege darin, dass die Studirenden nicht genug Gelegenheit haben, an den Kranken heranzukommen und sich praktisch mit ihm zu beschäftigen. Was aber in der grossen Klinik fehle, könne vielfach in kleineren Zirkeln durch praktische Uebungen am Krankenbette ersetzt werden.

An seiner Klinik seien Curse über klinische Technicismen, über physikalische, bacteriologische und chemische Untersuchungsmethoden eingerichtet. Auf diese Art könne die klinische Thätigkeit der Studirenden noch viel intensiver ausgestaltet werden. Sei in diesen Dingen die nöthige Sicherheit erreicht, dann könnten auch die Polikliniken herangezogen werden, die jedoch immer nur für eine kleinere Anzahl von Leuten verwendbar seien, da eine grössere Menge nicht mehr genügend übersehen werden könne.

Correferent Penzoldt gab dem Wunsche Ausdruck, es möge, nachdem das beschlossene praktische Jahr schon einen Zwang bedeute, auch für die Zeit vor dem Staatsexamen etwas mehr Zwang ausgeübt werden. Er will die Praktikantenscheine auch auf solche Curse, wie Ziemssen sie gewünscht hat, ausgedehnt wissen; im Anschluss an den theoretischen und klinischen Unterricht könnten praktische Demonstrationen für kleinere Kreise abgehalten werden. Auch die poliklinische Thätigkeit sei obligatorisch zu machen und auch hiefür Praktikantenscheine zu verlangen.

An der weiteren Discussion betheiligten sich Hartmann-Berlin, Partsch-Breslau, Beckh-Nürnberg, Binswanger-Jena und Bardeleben. Die Ansicht einiger Redner, dass der Unterricht an den Polikliniken, sowohl an den medicinischen als chirurgischen, selbständiger gestaltet werden müsse, fand ihren Ausdruck in den Anträgen:

Beckh, welcher zu These III der Commission den Zusatz wünschte: »und sollen namentlich auch in der Poliklinik Praktikantenscheine erworben werden können« und

Partsch, Drewitz, Scharff, welche den Passus beantragten: »Einer der Praktikantenscheine soll auch in der Poliklinik erworben werden«.

Ein Amendement Philipp, Windel und Guttstadt-Berlin verlangte, an Stelle der Worte »in den 3 Hauptkliniken« zu setzen: »in der inneren, chirurgischen, geburtshilflichen und psychiatrischen Klinik«, was von Binswanger-Jena dahin vereinfacht wurde, dass er in seinem Amendement die Fassung »der Unterricht an den stationären Kliniken« beantragte.

Da Hartmann in den ausführlichen Erörterungen des Referenten und Correferenten die hauptsächlichsten Wünsche des Aerztetages schon berücksichtigt sah, zog er die Punkte 5 und 6 der Berliner These II zurück. Ziffer 7 derselben war durch die Annahme der These IV der Commission schon gefallen.

Nachdem Bardeleben und v. Ziemssen sich noch einmal gegen die Fassung Leipzig und gegen die Einwände der Anhänger des poliklinischen Unterrichtes gewendet hatten, fand die Abstimmung statt.

Philipp und Genossen hatten zu Gunsten des Binswanger'schen Antrages ihr Amendement zurückgezogen.

Dieser fand nun einstimmige Annahme. Im Uebrigen wurde die Fassung der Commission beibehalten, der Antrag Leipzig, sowie die Zusatzanträge Partsch und Beckh abgelehnt.

Noch lag ein Antrag Götz-Leipzig vor: »Die Ausdehnung der akademischen Ferien ist eine übermässige und in Zukunft einzuschränken«.

Nach einigen Bemerkungen Bardeleben's, die auch die zahlreichen Feriencurse und ihre starke Benützung durch die Studirenden zum Gegenstande hatten, wurde der Antrag abgelehnt.

Auf die Frage des Vorsitzenden, ob die Versammlung die gefassten Beschlüsse, welche an den Bundesrath und an die Bundesregierungen zu gehen hätten, auch an die Facultäten zu übersenden beabsichtige, bezeichnete es v. Ziemssen als äusserst wünschenswerth, dass der deutsche Aerztetag mit den Facultäten der deutschen Universitäten in immer engere Berührung trete, wies auf die grosse Bedeutung solcher Beziehungen hin und beantragte, die Beschlüsse den deutschen medicinischen Facultäten mit einem entsprechenden Begleitschreiben zu übersenden, was die lebhafte Zustimmung der Versammlung fand.

Schluss der Sitzung um 3 Uhr Nachmittags.

Um $3^1/_2$ Uhr vereinigte ein Festbankett die Delegirten und eine Anzahl von Gästen wieder in den Räumen der Erholungsgesellschaft, wo sich, gehoben durch launige Reden, alsbald die heiterste Stimmung entwickelte.

Am Dienstag den 23. Juni Morgens 8 Uhr wurden die Verhandlungen wieder aufgenommen. Zunächst erhielt nach beendeter Cassenrevision auf den Antrag des Vorsitzenden der Cassier Decharge.

Hierauf wurde das Resultat der Wahl des Geschäftsausschusses, die Tags vorher schon vorbereitet worden war, bekannt gegeben. Von 19 vorgeschlagenen und von der Versammlung genügend unterstützten Namen wurden im ersten Wahlgange mit absoluter Majorität gewählt: Graf-Elberfeld, Wallichs-Altona, Aub-München, Krabler-Greifswald, Brauser-Regensburg, Pfeiffer-Weimar, Siegel-Stuttgart, Becher-Berlin.

Zwischen Busch-Crefeld und Cnyrim-Frankfurt musste Stichwahl stattfinden, welche für letzteren entschied.

Nunmehr wurde zum nächsten Punkt der Tagesordnung übergegangen, zum Antrage der vom ärztlichen Bezirksverein München eingesetzten Commission zur

Berathung über die Abänderung einiger Bestimmungen des Entwurfes eines bürgerlichen Gesetzbuches für das deutsche Reich.

Der Antrag lautete:

Der XIX. deutsche Aerztetag wolle beschliessen, auszusprechen:

»Es ist mit dem Wesen der ärztlichen Berufsthätigkeit nicht vereinbar, dass dieselbe den Bestimmungen über den Dienst-, Werk- oder Mandatsvertrag unterstellt werde.«

»Vielmehr sollten die civilrechtlichen Verhältnisse der Aerzte als solcher, — am richtigsten zusammen mit den bisher in der Gewerbeordnung behandelten öffentlich rechtlichen Beziehungen des ärztlichen Standes, in einem Specialgesetze (Aerzteordnung) — in Beachtung der Eigenarzt der ärztlichen Berufsthätigkeit besonders geregelt werden.«

»Es wäre dringend zu wünschen, dass zu den Berathungen der Commission für die zweite Lesung des Entwurfs eines bürgerlichen Gesetzbuches unter die Zahl der unständigen Mitglieder auch ein Vertreter des deutschen Aerztevereinsbundes beigezogen und dass, soweit es nicht bereits geschehen, die Landesregierungen veranlasst werden, über die einschlägigen ärztlichen Fragen ihre Sachverständigen-Collegien zu hören, sowie das erwachsene Gutachtenmaterial der Reichsregierung bezw. der Gesetzgebungscommission mitzutheilen.«

Referent Aub-München gab zunächst einen Ueberblick über die Entstehungsgeschichte dieses Antrages. Es war auf dem 17. deutschen Aerztetag in Braunschweig die Einsetzung der Commission beschlossen worden, man habe jedoch zunächst das Vorgehen des Anwaltstages abwarten wollen, bevor man mit so principiellen Anträgen hervortrat. Der deutsche Anwaltstag zu Hamburg am 12. September 1890 habe die Stellung des Anwaltstandes in dieser Frage klargelegt und es sei nun auch für den Aerztestand an der Zeit, die nöthigen Schritte zu thun. Die Commission habe sich in eingehender Weise auch mit einigen speciellen Punkten des Gesetzentwurfes, mit den Bestimmungen über die civilrechtlichen Folgen der Trunkenheit und über Geisteskrankheit als Grund der Auflösung der Ehe beschäftigt, doch sei es der Wille des Geschäftsausschusses gewesen, sich heute nur auf die dringendsten allgemeinen Standesfragen zu beschränken. Nun verlas er die von der Commission vorgelegte, von einem juristischen Mitgliede derselben (Dr. Löwenfeld) verfasste kurze und klare Abhandlung über die vorliegende Materie. Dieselbe geht aus von der Definition des Begriffes »Gewerbe«, welches eine vom Erwerbstrieb beherrschte Thätigkeit darstellt, eine Thätigkeit, welche lediglich Mittel zum Zwecke des Erwerbes ist. Die civilrechtlichen Typen des Gewerbebetriebes, soweit derselbe in persönlicher Arbeitsleistung besteht, sind der Dienstmieth- und Werkvertrag, sowie der entgeltliche Mandatsvertrag. Bei diesen ist die Arbeitsleistung überall nur Tauschmittel zur Erlangung einer Gegenleistung. Die Anwendung dieser Vertragsarten auf die liberalen Berufe stempelt dieselben zum Gewerbe. Die Rechtsanwaltschaft hat der Ueberzeugung öffentlich Ausdruck verliehen, dass die in den Motiven zum Gesetzentwurfe enthaltene Auffassung und die im Entwurfe selbst gegebene Behandlung ihres Berufes eine unrichtige und corrumpirende sei. Was für diese Berufsart gilt, muss auch grundsätzlich für den ärztlichen Beruf gelten. Auch er wird durch rein gewerbliche Auffassung und Behandlung corrumpirt und von dem ihm zukommenden Stande herabgedrückt. Abgesehen von dieser socialpolitischen Erwägung sind aber auch die erwähnten Vertragstypen des Entwurfes juristisch unpassend. Im Interesse der sachgemässen Ordnung der civilrechtlichen Verhältnisse der Aerzte gegenüber den Patienten wäre es das Richtigste, wenn unter die verschiedenen Specialgesetze für einzelne Berufsarten, welche neben dem bürgerlichen Gesetzbuche bestehen werden, auch ein Specialgesetz für den ärztlichen Beruf Aufnahme fände, eine Aerzteordnung. Die Details einer solchen brauchen heute noch nicht fixirt zu werden; in civilrechtlicher Beziehung dürfte es genügen, wenn die Pflicht des Arztes zu gewissenhafter Berufsausübung sachgemäss formulirt, und anderseits die jetzt in den Taxordnungen niedergelegte Honorirungspflicht zum Ausdrucke gebracht wird unter Verweisung auf die allgemeinen Bestimmungen des bürgerlichen Gesetzbuches, welche z. B. in Bezug auf die Lehre von der schuldhaften Beschädigung durch den Arzt entsprechend zur Anwendung zu bringen sind. Ausserdem wären in die Aerzteordnung die Zulassungsnormen, ferner Normen bezüglich der Standesvertretung sowie sonstiger öffentlich rechtlicher Beziehungen der Aerzte aufzunehmen. Der Erfolg einer solchen Behandlung wäre zunächst ein moralischer. Es würde nicht mehr wie bisher, der ärztliche Stand zum Gewerbe erklärt und es könnte Niemand eine gewerbsmässige ärztliche Praxis mit gesetzlicher Sanction entschuldigen.

Zur sachgemässen Vertretung der erörterten Fragen, sowie ferner aller derjenigen Punkte, in welchen die Stimme ärztlicher Sachverständiger für die Gestaltung des Entwurfes von Bedeutung ist, empfiehlt es sich, dass der Civilgesetzgebungscommission als unständiges Mitglied ein Vertreter des Aerztebundes beigegeben wird, und dass ferner über alle einschlägigen Fragen die medicinischen Sachverständigencollegien des Reiches bezw. der Bundesstaaten gehört werden.

Weiterhin führte Redner aus, zum Theil an der Hand von Beispielen, wie das Bewusstsein der Stellung als »Gewerbetreibender« in einzelnen Aerzten bereits Wurzel geschlagen habe, und wie dieses Bewusstsein dazu angethan sei, den idealen Sinn, den Sinn für Standesehre, zu zerstören.

Was den Vorschlag hinsichtlich der Vertretung der Aerzte in der Gesetzgebungscommission betreffe, so weise er darauf hin, dass Angehörige der verschiedensten Berufsarten unständige Mitglieder der Commission seien, nur keine Aerzte. Auch die Anhörung der Medicinalcollegien seitens der einzelnen Landesbehörden werde geeignet sein, in diesen Fragen grossen Nutzen zu schaffen.

Die Commission sei bereit, auf Wunsch des Aerztetages für Ausarbeitung eines eingehenden Memorandums Sorge zu tragen.

An diese Ausführungen, die von grossem Beifall begleitet waren, schloss sich eine kurze Debatte, in der Cnyrim seinen von früheren Aerztetagen her bekannten oppositionellen Standpunkt neuerdings geltend machte, was mit einer kurzen Replik seitens des Referenten erwidert wurde.

Die Abstimmung ergab die Annahme des Commissionsantrags mit allen gegen 2 Stimmen.

Zum letzten Punkt der Tagesordnung

Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Arbeiter,

waren vom Referenten Busch-Crefeld folgende Thesen aufgestellt worden:

I. Der Aerztetag beschliesst eine Eingabe an den Reichstag mit folgenden Abänderungsvorschlägen:

1) Die in § 4 Abs. 2 und § 26a No. 5 beschlossene Bestimmung, dass der freiwillige Beitritt nur solchen gestattet ist, deren steuerpflichtiges Einkommen nicht über 2000 M. beträgt, muss auch auf § 19 Abs. 3 und § 63 Abs. 2 ausgedehnt werden.

2) In § 20 No. 2 soll den Wöchnerinnen nicht nur das Krankengeld, sondern auch freie ärztliche Behandlung und Arznei gewährt werden.

3) In § 6 Abs. 1 No. 1 soll es heissen »freie ärztliche Behandlung durch einen approbirten Arzt« und Abs. 4: »Bescheinigung eines approbirten Arztes«.

II. Die freie Wahl des Arztes bei den Krankencassen entspricht sowohl den Interessen der Cassenmitglieder als auch den berechtigten Forderungen der Aerzte. Da sich dieselbe aber aus verschiedenen praktischen Gründen nicht vollständig überall durchführen lässt, so müssen wenigstens, wo dies möglich ist, den Cassenmitgliedern verschiedene Aerzte zur Wahl freigestellt werden.

Ueber die Art der Ausführung sowie auch über andere Verhältnisse sollte eine Verständigung der Cassenvorstände mit

den Aerzten, resp. deren Vertretung, in gemeinsamer Berathung stattfinden. Am zweckmässigsten ist eine Vertretung der Aerzte im Vorstande selbst.

III. Der Aerztetag verlangt eine Vertretung des ärztlichen Standes im Reichs-Versicherungsamt und in den Versicherungsanstalten für Alters-Invalidenversicherung.

In nahezu einstündigem, nach Inhalt und Form gleich interessantem Vortrage gab der Referent ein vollständiges Bild des derzeitigen Standes des Krankenversicherungswesens im deutschen Reiche, aus dem nur folgende Zahlen hier wiedergegeben werden mögen. Im Jahre 1888 betrugen die Gesammtausgaben 85 Millionen gegen 52 Millionen im Jahre 1885. Die Ausgaben für Aerzte 12 Millionen gegen 9 Millionen; für Arznei 10 Millionen gegen 7 Millionen; für Krankengeld und Krankenhäuser 36 Millionen gegen 28 Millionen; für Verwaltung 4 Millionen gegen 3 Millionen. Pro Jahr und Kopf bezahlten die Krankencassen an die Aerzte 2,27 M. gegen 2,11 M. Das Aerztehonorar war also gegen 1885 um 17 Pf. gestiegen. Der Ueberschuss, den die Krankencassen im Jahre 1888 gemacht hatten, betrug 59 Millionen und reicht jetzt nahe an 79 Millionen heran. Des Weiteren führte Referent alle wichtigeren Ereignisse vor, die sich im letzten Jahre auf dem Gebiete des Krankenversicherungswesens abgespielt haben und schilderte den Erfolg unserer im vorigen Jahre gemachten Eingaben, der ja grösstentheils ein negativer war. Doch hielt Referent die Gründe, welche die Reichstagscommission gegen die Wünsche des Aerztetages geltend gemacht habe, für nicht so schwerwiegend, dass sie nicht überwunden werden könnten. Hinsichtlich der Frage der freien Aerztewahl sei speciell in Berlin in jüngster Zeit eine Agitation in Szene gesetzt worden. Es habe sich unter den Aerzten der Reichshauptstadt ein Verein zu diesem Zwecke constituirt; auf Umfrage haben sich etwa 80 Proc. der Aerzte Berlins für die freie Arztwahl ausgesprochen. Eingeführt sei dieselbe schon an zahlreichen Orten z. B. in Breslau, Crefeld, Cöln, Leipzig, Magdeburg etc. Nachdem er die Vortheile und Nachtheile dieser Einrichtung, die Interessen der Cassen und die der Aerzte gegen einander abgewogen, bezeichnet er ein intimes Einvernehmen der Vorstände und der Aerzte als nothwendig und begründete schliesslich seine These bezüglich der Vertretung der Aerzte im Reichsversicherungsamt und in den Anstalten für Alters- und Invalidenversicherung.

In der Generaldiscussion schilderte Thiersch-Leipzig die Verhältnisse der dortigen allgemeinen Ortskrankencasse, welche 83000 Mitglieder und mit Hinzurechnung der Familienglieder 200,000 Personen, also die Hälfte der Gesammtbevölkerung umfasst, und von 170 Aerzten versorgt wird. An der Hand hübscher graphischer Darstellungen wies er nach, wie die Inanspruchnahme der Aerzte durch die Cassenmitglieder von Jahr zu Jahr steige, und wie die Zahl der Besuche im Hause der Kranken die Zahl der Consultationen in der Sprechstunde bedeutend überwiege, — Erfahrungen, wie sie bei allen Krankencassen mit Familienversicherung beobachtet sind.

An der Specialdiscussion über die 3 Ziffern der These I betheiligten sich Lindmann, Mörs, Wallichs. Die These fand ohne besondere Abänderungen Annahme.

Die Discussion über These II wurde geführt von Mörs-Mühlheim, Busse-Magdeburg, Davidsohn-Berlin, Beckh-Nürnberg, Henius-Berlin, und im weiteren Verlaufe, nachdem ein Antrag auf Schluss durch Becher bekämpft und von der Versammlung abgelehnt war, von Weiss-München, Drewitz-Breslau, Becher und Cnyrim. Aus den im Allgemeinen übereinstimmenden Ausführungen ist hervorzuheben, dass die Nothwendigkeit allgemein anerkannt wurde, vor Einführung der freien Aerztewahl gewisse Garantien zu haben, welche hinsichtlich der Honorarfrage sowie bezüglich des gegenseitigen Verhältnisses zwischen Cassenvorständen und Aerzten beide Theile vor Schaden zu schützen vermöchten. Als die wirksamste Garantie wurde ein enges Zusammenwirken von Vorständen und Aerzten bezeichnet und von mancher Seite betont, dass die aus beiden Parteien zu bildenden Vertrauenscommissionen oder Verwaltungskörper mit der nöthigen Gewalt ausgerüstet sein müssten, um eventuell Missständen begegnen zu können.

Die Opposition Cnyrim's, der die freie Arztwahl als nicht im Interesse des ärztlichen Standes liegend bezeichnete und auch eine Schädigung der Cassen dadurch vermuthete, blieb vereinzelt und wurde von Busch energisch bekämpft.

Zur Fassung der These lagen zwei Amendements vor. Philipp-Berlin wünschte zwischen die Worte »entspricht« und »sowohl« die Worte »im Allgemeinen« zu setzen. Davidsohn verlangte, im zweiten Satze zwischen die Worte »aber« und »aus« das Wort »vorläufig« einzuschieben. Beide Amendements wurden als unwesentlich abgelehnt, die These II des Referenten mit allen gegen 2 Stimmen zum Beschlusse erhoben.

Ebenso wurde These III und zwar ohne Discussion und einstimmig angenommen.

Um die Ausführung dieser Beschlüsse soviel als möglich überwachen zu können und über die Vorgänge im Krankencassenwesen allezeit informirt zu bleiben, sprach der Referent den Wunsch aus, es möge der Geschäftsausschuss mit der Bildung einer besonderen Commission für Krankenversicherungsangelegenheiten beauftragt werden, was den Beifall der Versammlung fand. Am Schlusse der Verhandlungen angelangt, gab der Vorsitzende Geh. Sanitätsrath Graf einen kurzen Rückblick auf die Arbeit des Aerztetages, sprach dann den einzelnen Referenten seinen Dank für die Hingebung aus, mit der sie sich den von ihnen vertretenen Materien gewidmet batten, und sagte speciellen Dank den klinischen Lehrern, welche an den Berathungen der Reform des medicinischen Unterrichtes so regen Antheil genommen und dadurch bekundet hätten, welchen Werth sie auf die Meinung der praktisch thätigen Aerzte auch in diesen Fragen legen. Daran schloss er den Wunsch, dass das gute Einvernehmen zwischen den Facultäten und der Vertretung der deutschen Aerzte fortdauere und sich immer mehr festigen möge.

Nach Abstattung des Dankes an die gastliche Stadt Weimar, an das Localcomité und das Bureau verkündete der Vorsitzende um 12 Uhr den Schluss der Sitzung. Beckh-Nürnberg ergriff, einer alten guten Sitte getreu, noch das Wort, um die Versammlung aufzufordern, dem Geschäftsausschusse und dessen allverehrtem Vorsitzenden, der auch dieses Mal mit gewohnter Kraft und Sicherheit die Verhandlungen geleitet hatte, für die opferfreudige Hingabe an sein mühevolles Amt den Dank durch ein dreimaliges begeistertes Hoch auszudrücken. Dies geschah und damit war der XIX. deutsche Aerztetag zu Ende.

Hatte die Versammlung in den Verhandlungen über die Reform des medicinischen Unterrichtes ideale Forderungen gestellt, nicht zu ideal, um durchführbar zu sein, aber dazu angethan, der Allgemeinheit sowohl als auch dem ärztlichen Stande selbst werthvolle Errungenschaften zu sichern, hatte sie ferner in der Krankencassenfrage einen berechtigten Wunsch der Aerzte zum Ausdruck gebracht und war sie bemüht gewesen, frei von allen egoistischen Rücksichten nur der nutzbringenden Vervollkommnung der socialen Gesetzgebung zu dienen, so hat sie sich in den Beschlüssen über den Entwurf des bürgerlichen Gesetzbuches mit Entschiedenheit in die Reihe derjenigen höheren Berufsarten gestellt, welche durch die beabsichtigte Gesetzgebung die Idealität ihres Berufes bedroht sehen. Auch in dieser Frage weiss sich der ärztliche Stand frei von Selbstsucht, auch hier streitet er für ideale Güter und ist mit bemüht, überzeugt von den unheilvollen Folgen einer derartigen allgemeinen Verflachung, die gebildeten Berufsarten auf der Bahn zu erhalten, die gerade angesichts der modernen socialen Verhältnisse von dem Gesetzgeber nicht hätte verlassen werden dürfen.

Gesunde Idealität und Selbstlosigkeit aber waren allezeit stark genug, zu siegen, und so hoffen wir, dass auch in diesen Kämpfen uns der Erfolg nicht fehlen werde.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 1. Juli 1891.

Vorsitzender: Herr Virchow.

Herr **Loewy** demonstrirt einen Kranken mit **Myxödem.**

Der jetzt 41 Jahre alte Mann entwickelte sich bis zu seinem 15. Jahre normal, wo er bei einem Rechtsanwalt als Schreiber eintrat. Hier blieb er 10 Jahre, dann wurde er entlassen, weil sich das Myxoedem mit Nachlassen seiner geistigen Fähigkeiten entwickelte. Er hat die charakteristische Physiognomie dieser Kranken, die starre, teigige Schwellung des Gesichtes, der Hände und Füsse. Ferner fällt auf sein Zwergwuchs (5/4 m Länge) die Fistelstimme und die mangelhafte Entwicklung der Geschlechtsorgane. Dieselben sind verkümmert. Pubes und Geschlechtstrieb fehlen völlig.

Der Fall weicht von dem Bilde des gewöhnlichen Myx-

ödems etwas ab und nähert sich der myxomatösen Idiotie, nur, dass hier die Krankheit erst mit der Pubertät auftrat, während psychische Eigenthümlichkeiten der Kinderjahre und der Zwergenwuchs sowie die Indifferenz der Geschlechtssphäre doch auf eine congenitale Anlage schliessen lassen.

Herr Virchow würde den Fall unter die Bezeichnung sporadischer Cretinismus bringen. Solche Fälle sind, besonders aus England, zahlreich berichtet, auch ist auf das Vorkommen von Lipombildungen am Halse dabei, wie es auch hier der Fall, dort schon hingewiesen worden.

Herr Prof. **Auerbach**-Breslau a. G.

A. hat vor zwei Jahren ermittelt, dass in den meisten Zellkernen zweierlei Substanzen vorhanden sind, die verschiedene **Färbefähigkeit** besitzen. Er unterwirft die Präparate einem complicirten Farbverfahren mit blauen und rothen Farbstoffen gleichzeitig und dann färben sich gewisse Kernbestandtheile bei guter Ausführung constant blau, andere constant roth, kyanophile und erythrophile Substanz. Beide Substanzen kommen vor als Kernkörperchen, feine Körnchen, als diffus gefärbte Grundsubstanz und als Netzwerk.

A.'s Idee, hinter diesem Gegensatz sei vielleicht ein sexueller Gegensatz versteckt, hat sich bestätigt.

Der wesentliche Theil der männlichen Keimzelle ist der Kopf des Spermatozoon, bei der weiblichen das Keimbläschen. Diese beiden Elemente verschmelzen bei der Befruchtung zu 2 Pronuclei, aus denen dann der erste Furchungskern entsteht.

Wenn nun A., um alle Einwände unmöglich zu machen, die die Ergebnisse einer so complicirten Färbung für Kunstproducte ausgeben könnten, gleichzeitig Hoden- und Ovariumschnitte, oder statt des Hodens aufgestrichenen Samen, auf einem Objectträger vereinigt, seinem Verfahren unterzog, womit die Gleichmässigkeit der chemischen Wirkung gesichert war, so ergab sich ganz allgemein, dass der Kopf des Spermatozoon kyanophil, das Keimbläschen erythrophil war. Mittelstück und Schwanz des Spermatozoon waren roth gefärbt, ebenso die Dotterkörperchen namentlich bei niederen Thieren.

Die Bedeutung der Entdeckung liegt darin, dass A. die Verschiedenheit der beiden bei der Zeugung betheiligten Elemente tinctoriell in ihrer Verschiedenheit aufweisen konnte. Daran knüpft sich die Frage, ob nicht die in den einzelnen Kernen vorhandenen, verschieden färbbaren Substanzen diese sexuellen Verschiedenheiten repräsentiren. Das würde bedeuten, dass in jedem Kerne gewisse Zeugungssubstanzen vorkommen, die Kerne hermaphroditisch sind, während die eigentlichen Zeugungskerne sich zu einer gewissen Einseitigkeit der Ausstattung entwickelt haben. (Schluss folgt.)

Verein für innere Medicin zu Berlin.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 29. Juni 1891.

Vorsitzender: Herr Leyden.

Herr **Klemperer** demonstrirt 1) den Magen eines Kranken, welcher nach Schwefelsäurevergiftung eine **Pylorusstenose** acquirirte, die nach 16-wöchentlicher vergeblicher interner Behandlung nach Mikulicz operirt wurde. Der Patient überstand die Operation sehr gut, starb aber nach einigen Tagen an einer intercurrenten Lungengangrän. Der Pylorus war gut geheilt und für einen Finger durchgängig.

2) Vorstellung eines sehr seltenen Falles von **Aneurysma der Aorta ascendens.**

Der Fall bot auffällige diagnostische Schwierigkeit. Es bestand ausser einem Pleuraexsudat eine kleine pulsirende Erhebung im zweiten rechten Intercostalraum. über dem jedoch kein Schwirren zu hören war. Pat. führte die Geschwulst auf einen Stoss zurück, den er vor einem halben Jahre erlitten hatte. Es wurde ein cystischer Tumor angenommen, der einem starken Gefäss aufsass. Bei der Section zeigte es sich, dass der Tumor ein abgesackter, mit alten Blutgerinnseln erfüllter Theil eines grossen Aneurysmas war, der von der Haupthöhle durch einen organisirten Thrombus vollständig abgeschlossen war.

Herr **Schwalbe: Zur Lehre von den primären Lungen- und Brustfellgeschwülsten** (mit anatomischen und mikroskopischen Demonstrationen).

Die gutartigen Tumoren der Lungen (Osteome, Lipome etc.) und der Pleuren (Fibrome) sind extreme Seltenheiten. Das Lungencarcinom entwickelt sich entweder in medullären Knoten oder als ein grosser die Lunge in Pilzform überwachsender Tumor oder als diffuse, carcinomatöse Infiltration.

Die Knoten können, wenn sie central sitzen, selbst noch bei Hühnereigrösse symptomlos verlaufen: flächenhafte Neubildungen aber werden sehr schnell physikalische Erscheinungen machen, die dann im Verein mit der Kachexie, den Schmerzen, der Thoraxausdehnung, Metastasenbildung, Lymphdrüsenschwellung, Compressionserscheinungen seitens der grossen Luftwege etc., der hämorrhagischen Pleuritis, die Diagnose ermöglichen können, während jedes einzelne dieser Symptome vieldeutig ist. Positive Gewissheit lässt sich nur an Tumorbestandtheilen gewinnen, die im Sputum, im pleuritischen Exsudat durch Punction des Tumor selbst gefunden werden. Doch ist die Chance dafür gewöhnlich sehr gering. Im Sputum findet man einzelne veränderte Zellen, die nicht viel diagnostischen Werth haben selbst dann, wenn Theile des Tumors expectorirt wurden. Allenfalls kann der Nachweis elastischer Fasern bei Ausschluss von Phthise und Gangrän wichtig sein. Aehnlich liegt es mit der Untersuchung der Pleura-Exsudate. Meist besteht ein solches gar nicht, sondern eine feste Verwachsung der Lunge mit Zwerchfell und Rippenwand; besteht ein Exsudat, so braucht es nicht immer hämorrhagisch zu sein; und ein hämorrhagisches Exsudat kann sich auch bei anderen Grundkrankheiten finden. Dagegen hält Sch. den Nachweis einer grossen Masse polymorpher Zellen im Exsudat als für Tumor beweisend. Einige Endothelzellen finden sich aber in jedem Exsudat. Ganz ebenso verhält es sich mit der durch Punction aus dem Tumor selbst aspirirten Flüssigkeit.

Ist man nun aber zur Sicherheit darüber gelangt, dass man einen malignen Tumor vor sich hat, dann entstehen zwei neue Fragen: Handelt es sich um einen Lungentumor und nicht um einen solchen der Bronchien, der Pleura, des Mediastinum? Das lässt sich nur durch Auffindung von Bestandtheilen des eigentlichen Lungengerüstes entscheiden. Zweitens: Ist der Tumor primär oder secundär? Diese Frage ist damit nicht gelöst, dass in keinem anderen Organ ein Tumor nachweisbar ist, da der primäre Herd unerreichbar sein kann. So fand sich bei einem von Sch.'s Patienten, bei welchem ein primärer Lungenkrebs diagnosticirt war, bei der Section ein primäres Speiseröhrencancroid.

So bleiben in sehr vielen Fällen offene Fragen und man wird häufig zufrieden sein müssen aus dem Complex der Symptome die Diagnose mit Wahrscheinlichkeit zu stellen. Das gilt auch von den Sarkomen und Endotheliomen der Lunge. Die letzteren sind sehr selten; Sch. hat selbst keine gesehen. Die fünf Sarkome, die er gesehen hat, waren sämmtlich Lymphosarkome, die ihren Ausgangspunkt in der Bronchialschleimhaut resp. im peribronchialen Gewebe nahmen.

Ein differentialdiagnostisches Mittel zur Unterscheidung von Carcinom und Sarkom ist vielleicht der Stridor, den Sch. nur in einem seiner 4 Sarkomfälle vermisste, während er bei den 5 Carcinomen kein Mal vorkam. Selbst bei hochgradiger Stenose eines Hauptbronchus durch Krebs fehlte der Stridor. Ferner spricht Schwellung der benachbarten Lymphdrüsen mehr für Carcinom, Milztumor und Leukocytose mehr für Sarkom.

Die primären Carcinome der Pleura sind sehr selten. Sch. hat einen solchen Fall bei einer 23jährigen Frau beobachtet. Es bestand ein hämorrhagisches Exsudat und complete Ophthalmoplegie eines Auges ohne Stauungspapille, verursacht durch einen Metastasenknoten in der Orbita, der die Bulbusmuskeln durchsetzte.

Discussion. Herr A. Fränkel sah in letzter Zeit 3 Fälle von Lymphosarkom der Lunge. In einem Falle bestand Stridor, es fand sich eine geschwollene Lymphdrüse und linksseitige Recurrenslähmung. Später trat ein kleines, pleuritisches Exsudat auf, klar bernsteingelb, aber mit morphotischen Bestandtheilen, wie sie F. nur bei Tumoren gesehen hatte, grosse runde, oder keulenförmige, erheblich die Leucocyten an Grösse übertreffende, eigenthümliche Vacuolen umschliessende Zellen, von gelblicher Farbe und eigenthümlichem Glanz, die bei Essigsäurezusatz grosse Kerne zeigen. Daneben kommen »Riesenvacuolenzellen« vor, bis zwanzigmal so gross wie Leukocyten. Ehrlich

sah die Zellen zuerst bei Pleuracarcinom; sie entstammen offenbar einem Wucherungsprocesse des Endothels.

Die Farbe des Sputum kann so characteristisch sein, dass F. einmal nur aus dem Sputum die Diagnose stellen konnte. Es ist das »fleischrothe Sputum,« von dem Aussehen einer frisch markigen Drüse bei Typhus. Das Sputum kann allerdings auch bei Phthise vorkommen, aber es bietet anderen Symptomen eine Stütze. Dass der Stridor bei Sarkomen sehr regelmässig vorkommt, kann auch F. bestätigen. Er glaubt den Grund darin zu finden, dass die Sarkome meist ihren Ausgangspunkt von den Lymphdrüsen nahmen, wie z. B. der sog. Schneeberger Bergarbeiterkrebs, der in den Kobaltgruben von Schneeberg so häufig ist.

Herr Litten hat die von Fränkel beschriebenen eigenthümlichen Zellen nicht nur bei Tumoren, sondern auch bei serösen Ergüssen gefunden. Er hält sie für gequollene Endothelien. Man bekommt sie experimentell, wenn man Zellen dauernd von Flüssigkeit umspülen lässt, z. B. in den Nieren durch Unterbindung des Ureters.

Herr Schwalbe schliesst sich dieser Deutung an. Er hat nirgends eine Wucherung des Endothels finden können. Beim Bergarbeiterkrebs handelt es sich gerade nicht um Lymphosarkom, sondern die Bronchialdrüsen bleiben unverändert.

Greifswalder medicinischer Verein.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 6. Juni 1891.

Vorsitzender: Herr Mosler. Schriftführer: Herr E. Hoffmann.

Herr **Strübing: Heilung eines Falles von Kehlkopftuberculose unter Behandlung mit Tuberculin.**

Der 45jährige Postsecretär K. hatte bei linksseitiger Spitzenaffection eine grosse Ulceration am linken Taschenband, bedeckt mit schmutzigem gelben Secrete. Schleimhaut des ganzen Kehlkopfes geschwollen. Im Sputum Tuberkelbacillen. Körpergewicht 119, höchste Temperatur am Abend vor der Injection 37,9. Beginn der Injectionen am 17. Januar mit 0,001 Tuberculin, stärkere locale Reaction trat erst nach der zweiten Injection von 0,002 mit Schmerzen und leichten Stenosenerscheinungen ein. Bei den folgenden Injectionen, bei denen jedesmal um 1 mg gestiegen wurde, traten keine wesentlichen Reactionserscheinungen auf. Die Temperatur stieg im Verlauf der Behandlung nur 1 mal bis 38,7. Am 4. April erhielt Patient mit der 43. Injection 0,1 Tuberculin, insgesammt waren zur Verwendung gekommen 1,573. Gewichtszunahme in dieser Zeit 12 Pfd. Das Geschwür am Larynx hatte sich allmählich gereinigt, die Ränder markirten sich nach der 24. Injection nicht mehr so deutlich gegen das gesunde Gewebe. Dann fortschreitende Verkleinerung der gerötheten Granulationsfläche. Nach der 43. Injection vollständige Verheilung der Ulceration. Bei der Demonstration zeigt der grosse Defect im linken Taschenbande nirgends mehr eine ulcerirende Fläche. Die Lungenaffection zeigt nur leichte Besserung.

Herr **Solger** besprach die neuesten Angaben über **Saftbahnen des Hyalinknorpels** von Dr. Wolters (Archiv für mikrosk. Anatomie 37, p. 492–512).

Letzterer hielt mit alkoholischer Pikrinsäure imprägnirte Züge der Intercellularsubstanz von im Uebrigen mit stark wässeriger Hämatoxylinlösung gefärbten Knorpelschnitten, die längere Zeit in starkem Alkohol aufbewahrt waren, für Saftbahnen. Redner jedoch führt aus, dass durch diese Methode keine Saftbahnen zur Anschauung zu bringen seien. Die genannten Züge seien nichts als »Alkoholstreifung«, welche schon vor der Färbung bestanden hätte. Die Schrumpfungsbilder seien durch nachhaltige und starke Alkoholwirkung so fixirt, dass sie sich auch in wässeriger Lösung (hier Hämatoxylin) nicht ausgleichen. Ueberdies wäre ja auch noch nachträglich eine Tinction mit alkoholischer Pikrinsäure vorgenommen, so dass man auch an eine wiederauftretende Schrumpfung denken dürfte.

Herr **Grawitz** demonstrirt: 1) Ein Präparat von **Actinomycose vom Kiefer eines Kalbes.** Der Sägeschnitt hat zufällig tief in der von Granulationsgeweben erfüllten Knochenhöhle mehrere lange Grannen von einer Kornähre getroffen. Mit hoher Wahrscheinlichkeit ist durch das Eindringen der Kornähre in das Zahnfleisch die Uebertragung der Strahlenpilze erfolgt.

2) Ein Gehirnpräparat, welches von der Section eines ganz plötzlich verstorbenen 16jährigen Mädchens stammte, und ein **geborstenes Aneurysma der Arteria cerebelli sup. ant.** enthielt. Mehrere Anomalien der Artt. vertebrales, namentlich eine flaschenförmige flache Ausbuchtung am Zusammenfluss der beiden Art. vertebrales zur Art. basilaris lassen mit einiger Sicherheit auch das Aneurysma als ein Vitium primae formationis erscheinen, da Erkrankungen der Arterienwände nirgends sonst gefunden werden.

Herr **Arndt** theilt Beobachtungen über Reflexactionen krampfhafter Art mit, welche für gewöhnlich auf psychische Ursachen zurückgeführt werden und in den beobachteten Fällen nur Auslösungen durch den Gesichtssinn darzustellen schienen. An dem Gehirn eines Mannes, welcher der allgemeinen progressiven Paralyse erlegen war, die sich an eine aufsteigende Atrophie des Nervus opticus angeschlossen hatte, sucht er aus sehr symmetrisch gelegenen Herden stärkerer Atrophie der Rinden beider Hemisphären die Wege darzulegen, welche bei derartigen Zuständen von den bezüglichen Gesichtsreizen zurückgelegt werden dürften.

Verein der Aerzte zu Halle a. S.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 10. Juni 1891. (Schluss)

Herr **Risel: Ueber die Verbreitung des Typhus in Halle während des Jahres 1890.**

In der Discussion über diesen Vortrag (vergl. Nr. 24) wurde ferner Folgendes hervorgehoben: „Die Bodenbeschaffenheit ist von unzweifelhaftem Einfluss auf Erhaltung und Vermehrung der in ihn gelangten Typhuskeime. Für die Verbreitungsweise der Erkrankung entsteht aber immer die weitere Frage, wie kamen die Keime in den Boden und auf welchem Wege gelangen sie von da in den Digestionstractus, den wir doch als die erste, vielleicht ausschliessliche Aufnahmestelle des Giftes ansehen müssen. Zweckmässige Canalisation und gut functionirende Wasserleitung, welche das zugeführte Trinkwasser von dem Einflusse des etwa durchseuchten, umgebenden Erdreiches abschliesst, schützt in hohem Maasse vor Verbreitung des Typhus.

Dass aber auch das abgeschlossene System einer Wasserleitung inficirt und diese selbst die Verbreiterin des Typhusgiftes werden kann, beweist eine in M. beobachtete Typhusepidemie mit der Beweiskraft eines im Grossen angestellten Experimentes.

In einem aus wenig Häusern bestehenden Orte S. wurde ein Typhusfall von auswärts importirt. Die Dejectionen der Patientin, sowie das Waschwasser von Bett- und Leibwäsche gelangten in den während des Winters fast wasserlosen und bald vollständig eingefrorenen Dorfbach. Mittlerweile war das benachbarte Städtchen M. mit der Ausbesserung einer Wasserleitung beschäftigt. Ein grosses zuleitendes Wasserrohr war geborsten und wurde durch einen mehrere Meter hohen Schacht freigelegt. Nun kam plötzlich Thauwetter und Regen. Der Dorfbach bei S. mit seinen eingefrorenen Fäcalien kam in Bewegung und fand unglückseliger Weise seinen Weg direct in die Ausschachtung, an deren Boden das defecte Rohr lag. Sobald die Bewohner von M. zum ersten Male ihre Wasserhahnen wieder öffneten, bekamen sie hochgradig inficirtes Wasser zu trinken. Es erfolgte ein explosiver Ausbruch einer Typhusepidemie mit mehr als 100 Erkrankungen. Die ersten Fälle waren die schwersten und jene Bewohner, welche nicht an die Wasserleitung angeschlossen waren, blieben frei von der Erkrankung.

Herr **Kaltenbach: Ueber Ursachen der erschwerten Austrittsbewegung der Frucht.**

Die Austrittsbewegung erfolgt nicht bei jeder Einstellungsweise der Frucht mit gleicher Leichtigkeit. Die maximalen Durchtrittsplana, welche bei Hinterhaupts-, Vorderscheitel-, Gesichts- und Stirnlage in Betracht kommen, verhalten sich wie 100 : 106,5 : 107,4 : 109,2. Indessen verlaufen Hinterhauptslagen auch dann günstiger, wenn das Planum suboccipito-frontale bei stark entwickelten Früchten dasselbe absolute Maass erreicht, wie die maximalen Durchtrittsebenen bei ungünstiger Kopfhaltung. Der Grund für diese den einzelnen Einstellungsweisen des Schädels eigenthümliche Geburtserschwerung liegt in dem Verhalten der Halswirbelsäule, innerhalb welcher sich die für den Austritt der Frucht aus dem Beckenausgange nothwendigen Bewegungen abspielen.

Die fötale Wirbelsäule zeigt flachere Krümmungen als die des Erwachsenen. Dagegen ist ihre Beweglichkeit in allen Richtungen eine viel grössere, da die niederen Knochenkerne der Wirbelkörper von hohen Knorpelscheiben auseinander gehalten werden und der ganze Bandapparat ein sehr dehnbarer ist. Unreife Früchte zeigen eine viel grössere, überreife eine viel beschränktere Biegsamkeit der Wirbelsäule als Früchte von mittleren Grössenverhältnissen.

Bei der Austrittsbewegung der Frucht können alle Richt-

ungen der Beweglichkeit der Wirbelsäule in Anspruch genommen werden. Beugung und Streckung, seitliche Neigung und Drehung um die Längsachse, bisweilen sogar mehrere Bewegungsarten in Combination. Die freieste Beweglichkeit zeigen Hals- und Lendenwirbelsäule, gerade also jene Abschnitte, deren Beweglichkeit bei dem Austrittsmechanismus von Kopf- und Beckenendlagen in Anspruch genommen wird.

Die Austrittsbewegung erfolgt bei den verschiedenen Kindeslagen um so leichter, je freier die fötale Wirbelsäule in der Richtung der terminalen Elevationsdrehung, welche den vorliegenden Kindestheil um die Symphyse herumwälzt, beweglich ist. Die Austrittsbewegung erfolgt bei Kopflagen als Streckung oder Beugung des Kopfes, bei Beckenendlagen als seitliche Abbiegung des Beckens. Erstere Bewegungen erfolgen in einer sagittalen, letztere in einer frontalen Ebene des Fötalkörpers.

Als Streckung erfolgt die Austrittsbewegung nur bei der Hinterhauptslage.

Als Beugung dagegen bei der Vorderscheitellage, bei der Gesichtslage mit nach vorn gedrehtem Kinn, bei der Stirnlage.

Bei der Gesichtslage mit nach hinten gekehrtem Kinn müsste die Austrittsbewegung als weitere Streckung erfolgen; die Geburt kommt aber zum vollkommenen Stillstande, da die mögliche Streckung der Halswirbelsäule bereits erschöpft ist.

Die mögliche Excursionsgrösse des vorliegenden Kindestheiles in der Richtung der Elevationsdrehung beträgt nach Messungen an lebenden Neugeborenen und sagittal durchsägten Kinderleichen:

bei Hinterhauptslagen 120—130° (Streckung),

bei Gesichtslagen mit nach vorn gerichtetem Kinn gleichfalls 120—130° (Beugung),

bei der Stirnlage 75° (Beugung),

bei der Vorderscheitellage 35—40° (Beugung),

bei der Gesichtslage mit nach hinten gerichtetem Kinn 0°,

bei der Beckenendlage 30° (Lateralflexion der Lendenwirbelsäule).

Bei Gesichts- und Stirnlagen tritt eine besondere Erschwerung noch dadurch ein, dass die convex nach vorn ausgebogene Halswirbelsäule unter dem Widerstande des Dammes erst noch durch eine vollkommene Geradestreckung hindurchgehen muss, bevor sie die verkürzte Beugehaltung erreichen kann. (Demonstration an Gefrierschnitten.)

Auch bei dem Durchtritt der Schultern bei dem Vorgange der Selbstentwicklung, bei der Geburt conduplicato corpore spielt die Biegsamkeit der Wirbelsäule eine entscheidende Rolle. Ebenso bei der Geburt von Anencephalen, Doppelmonstren, bei fötaler Leichenstarre und Rachitis congenita und endlich bei jenen Formen von Bauchspalte, bei welchen der Fruchtkörper vollkommen nach hinten zusammengeklappt erscheint.

Die erläuterte Bedeutung der Halswirbelsäule wirft ein neues Licht auf die Nothwendigkeit der zweiten Cardinalbewegung der Drehung des Schädels um die verticale Fruchtachse.

Er muss für seinen Austritt aus dem Becken eine Stellung erreichen, bei welcher er in sagittaler Ebene eine Beuge- oder Streckbewegung auszuführen vermag. Das Mittel, diese Stellung zu erreichen, liegt in dem ungleichen Widerstande, den beide Schädelhälften hinter der vorderen Beckenwand erfahren. Das kürzere Hinterhaupt wird nach vorn abgelenkt und je mehr dies unter dem elastischen Gegendrucke des Beckenbodens geschieht, um so freier wird die Streckbewegung des Kopfes, welche schliesslich das Hinterhaupt in den Schambogen hineinbefördert.

Sitzung vom 24. Juni 1891.

Vorsitzender: Herr Weber. Schriftführer: Herr Hoffmann.

Herr **Seeligmüller** stellte folgenden in mannigfacher Hinsicht interessanten **Fall von Radialislähmung** vor.

Ein 40jähriger kräftiger Hüttenmann wurde ihm mit der Diagnose »rechtseitige Radialislähmung in Folge einer Verletzung des rechten Handrückens« zur elektrischen Behandlung überwiesen. Sehr auffällig musste es von vorneherein dem Vortragenden erscheinen, dass ein durchaus auf die Gegend der ulnaren Hälfte des Handrückens localisirter Schlag die bis zum Oberarm hinauf sich erstreckende, selbst den Musculus triceps betheiligende schwere Lähmung des rechten Radialnerven hervorgebracht haben sollte. Genauere Untersuchung ergab ausserdem, dass auch am linken Vorderarm das Radialisgebiet in geringerem Grade gelähmt war.

Dazu zeigte die Lähmung hier das typische Bild einer beginnenden Bleiparalyse: von den Extensoren waren bis jetzt hier nur die des Mittel- und Ringfingers gelähmt, die übrigen wie die Daumenmuskeln intact. Die Erregbarkeit war für beide Ströme, in etwas geringerem Grade für den Batteriestrom, stark herabgesetzt, links weniger hochgradig. EaR fehlte durchaus.

Jetzt wurde das Zahnfleisch untersucht und ein nicht zu verkennender Bleirand constatirt. Die Diagnose auf chronische Bleivergiftung wurde zudem durch die anamnestische Angabe bestätigt, dass Patient seit Jahren in unmittelbarer Nähe von Bleidämpfen arbeitete, welche die verhütteten, noch heissen Schiefer in solcher Menge ausströmen, dass sie in einem kühlen Raum condensirt, direct zur Bleigewinnung verwerthet werden.

Auf Grund dieser Untersuchungsresultate war die Pathogenese des vorliegenden Falles von doppelseitiger Radialislähmung so aufzufassen: der Patient hatte schon vor dem Unfall an einem geringeren Grade von doppelseitiger Bleilähmung gelitten, welche in Folge des Trauma rechterseits zur vollständigen typischen Radialislähmung (Vorderarmtypus und beginnender Oberarmtypus) geführt hatte. Die Supinatoren waren beiderseits intact geblieben. Dazu war in Folge der directen Einwirkung des Schlages auf die ulnare Hälfte des Handrückens linkerseits ausser einer noch deutlichen Schwellung Lähmung der Interossei 2, 3 und 4 hervorgerufen worden.

Gesellschaft für Morphologie und Physiologie zu München.

Prof. **Bollinger: Ueber primäre infectiöse Pyelo-Nephritis beim Rind.** (Vorgetragen am 20. Januar 1891.)

Der Vortragende berichtet über die Resultate einer von Herrn Dr. Enderlen, Assistent am Pathologischen Institut, ausgeführten Untersuchung über eine häufige Erkrankung der Rindsniere. Es handelt sich um eine primäre kryptogenetische Mykose mit chronischem Verlaufe, wobei im Nierenbecken und Nierenparenchym eine eiterige und nekrotisirende Entzündung angetroffen wird; in der Rindensubstanz der ergriffenen Lappen kommt es durch eine Art Fernwirkung der Infectionserreger zu einer interstitiellen und productiven Entzündung mit Ausgang in bindegewebige Sklerose. Ob hier eine urogene, von der Harnblase oder von den weiblichen Genitalien ausgehende Infection vorliegt oder eine hämatogene primäre bacilläre Nephritis papillaris, lässt sich vorläufig nicht mit Sicherheit entscheiden.

Der offenbar specifische Infectionserreger (Nierenbacillus des Rindes) besteht aus Stäbchen von 2,1—2,8 μ Länge, 0,7 μ Breite und liegt in Häufchen angeordnet. Die künstliche Züchtung der Pilze gelang auf Agar-Agar, in Blutserum und in Bouillon. Am besten wächst der Pilz bei 37°, bei Zimmertemperatur spärlich. Derselbe bildet keine Sporen und ist unbeweglich. Subcutan injicirt entsteht bei Meerschweinchen Abscessbildung; mittelst intravenöser Injection gelang es, bei Kaninchen nach Ureterenunterbindung eine bacilläre Pyelo-Nephritis zu erzeugen.

Der offenbar specifische Pilz ist ausgezeichnet durch seine strenge Localisation, zeigt keine Neigung zur Generalisation und beschränkt sich regelmässig auf das Nierenbecken und das Nierenparenchym. (Eine ausführliche Publication von Herrn Dr. Enderlen über die vorliegende Mykose nebst Abbildungen ist unterdessen in der »Deutschen Zeitschrift für Thiermedicin und vergleichende Pathologie« Bd. 17, S. 325—348, 1891 erschienen, auf welche hiermit verwiesen wird.)

Aerztlicher Localverein Nürnberg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 22. Januar 1891.

Vorsitzender: Herr Gottlieb Merkel.

1) Herr **Göschel** zeigt exstirpirte Lymphdrüsen, welche von einem etwa 4 Wochen lang mit Koch'scher Lymphe behandelten Patienten herstammen. An denselben sind irgend welche Veränderungen, welche der Wirkung des Tuberculins zugeschrieben werden könnten, nicht zu bemerken.

2) Herr **Epstein** hält einen Vortrag über die Diagnose der chronischen Gonorrhoe beim Manne.

3) Herr **Carl Koch** spricht: a) über einen Fall von **Wurmfortsatzperitonitis (Perityphlitis).**

16jähriger Knabe hatte im August 1890 einen schweren Anfall von Perityphlitis durchgemacht. Nach etwa 2wöchentlichem Krankenlager Heilung. Am 16. December 1890 von Neuem Erkrankung mit heftigem Leibschmerz, Erbrechen, Fieber etc.

Der Zustand am 19. December Abends, an welchem der Vortragende den Kranken zum ersten Male sah, war folgender:

Zarter Körperbau, verfallene Gesichtszüge, Temperatur 38,6; Puls hart zwischen 90 und 100. Unterleib sehr stark aufgetrieben; im Allgemeinen auf Druck schmerzhaft, an 3 Stellen aber ganz besonders intensive Schmerzhaftigkeit; von diesen ist die eine im rechten Hypochondrium, dem Rand der Leber entsprechend, die zweite in der Ileocoecalgegend, die dritte in der Blasengegend. Vom Mastdarm aus eine Vorwölbung zu fühlen.

Am 20. December Operation in Chloroformnarkose. Schnitt wie zur Unterbindung der Art. iliac. commun. Nach Eröffnung des Peritoneum entleert sich zunächst in der Ileocoecalgegend ein kleiner Abscess, dessen Wandungen von nur ganz zart verklebten Darmschlingen gebildet ist; in ihm findet sich ein orangenkerngrosser Kothstein vor. Bei der Lösung der verklebten Darmschlingen, welche ganz vorsichtig behufs Aufsuchung des Wurmfortsatzes vorgenommen wird, kommt man auf einen zweiten im kleinen Becken neben und hinter der Blase gelegenen sehr grossen Abscess, dessen Inhalt durch Auftupfen entleert wird. Der Wurmfortsatz kann jedoch nicht gefunden werden. Erst nach längerem Suchen zeigt es sich, dass derselbe an der äusseren Wand des Colon ascendens, mit dieser fest verklebt, ganz nach aufwärts geschlagen und mit seinem Ende an der unteren Fläche der Leber fixirt ist. Um die Fixationsstelle grosser Abscess. Der Wurmfortsatz, welcher sehr verdickt und fast direct an seinen Abgang vom Colon zu 2/3 seines Umfangs durch Gangrän perforirt ist, wird vom Colon abgelöst und exstirpirt. Die Abscesshöhlen werden alle möglichst gereinigt, drainirt und tamponirt. Antiseptischer Verband.

Die Operation war ohne jede Störung des Allgemeinbefindens des Kranken gut von Statten gegangen. Nach 10 Stunden jedoch Exit. letalis. Keine Section.

Der durch die Operation gewonnene Wurmfortsatz ist stark verdickt und ca. 10 cm lang; der Kothstein hat etwa Grösse und Form eines Orangenkernes, ist etwas abgeplattet; beim Durchbrechen zeigt es sich, dass seine äusseren Schichten aus einer braunen bröckeligen Masse bestehen und dass in seinem Innern ein Theil jener starrwandigen Hülsen, welche das Kerngehäuse der Aepfel bilden, gelegen ist.

b) über einen Fall von **widernatürlichem After, geheilt durch circuläre Darmresection.**

Bauersfrau in den 60 Jahren stehend; im Juli 1890 eingeklemmter Schenkelbruch, dann Kothabscess und widernatürlicher After. Da die Oeffnung des widernatürlichen Afters sich schliesslich stark verengerte, hatte die Kranke häufig an sehr heftigen kolikartigen Anfällen zu leiden. Kein Stuhlgang durch den After.

Stat. praes.: In der rechten Schenkelbeuge unterhalb des Poup. Bandes eine sehr enge für die Kleinfingerspitze nicht passirbare Fistelöffnung. Die Haut in dieselbe nach einwärts gezogen. Darmschleimhaut nicht sichtbar.

Operation (15. November 1890): Zunächst Umschneidung der Fistelöffnung und Verfolgen des Fistelcanales bis in die Bauchhöhle; dabei muss das Lig. Poup. quer durchtrennt werden. In der Bauchhöhle erschweren weithingehende feste peritonitische Verklebungen die Klärung der Verhältnisse in hohem Grade. Nachdem endlich die Loslösung des Darmes gelungen, zeigt es sich, dass beide Darmenden dicht nebeneinander in dem Narbenringe der Fistelöffnung münden; das zuführende Stück ist sehr stark erweitert, seine Wandung ungemein hypertrophirt; das abführende Stück ist dagegen sehr eng, die Wandung dünn und zart. Circuläre Darmresection mit Ausschneiden eines keilförmigen Stückes aus dem Mesenterium. Das Anlegen der (doppelreihigen) Naht wegen der grossen Verschiedenheit der Dicke der Wandung beider Darmstücke erschwert; noch mehr aber ist hinderlich die Verschiedenheit der Weite beider Darmlumina. Es wird das Lumen des zuführenden Stückes durch Einstülpen einer Längsfalte nach einwärts verengert, worauf dann der Verschluss gelingt. Reposition der genähten Schlinge. Die Bauchhöhle wird, da beim Ablösen der vielen festen Verklebungen das Peritoneum vielfach zerfetzt worden ist, nicht ganz durch die Naht geschlossen. Die offengelassene Stelle tamponirt. Antiseptischer Verband. — Am ersten Tage mehrmals Collapsanfälle, sonst keine Störungen. Erster Stuhlgang am 9. Tage. Heilung.

Sitzung vom 5. Februar 1891.

Vorsitzender: Herr Heller.

1) Herr **Schlier** demonstrirt pathologisch-anatomische Präparate eines Falles von Wirbeltuberculose und eines Falles von Lebercirrhose.

Im Anschluss hieran berichtet Herr Cnopf sen. über einen Fall von Halswirbelcaries, der sehr lange Zeit latent verlief, ohne wesentliche Erscheinungen zu machen; als erstes Symptom stellten sich heftige Magenbeschwerden ein, die das Bild einer Pylorusstenose vortäuschten und die 4 Jahre lang andauerten. Erst dann traten die Symptome in den Vordergrund, die für Halswirbelcaries sprechen, die denn auch durch die Section nachgewiesen wurde.

Herr Müller theilt die Krankengeschichte eines Soldaten mit, der plötzlich einen Blutsturz bekam und nach wenigen Stunden bereits starb. Bei der Section fand sich eine Cirrhosis hepatis, starke Milzschwellung und Varicen im Oesophagus, welche die Blutung veranlasst hatten.

2) Herr **Göschel** theilt die Krankengeschichten von drei Fällen acuter eiteriger Osteomyelitis mit und empfiehlt bei solchen Kranken, sich nicht mit der Spaltung der Abscesse zu begnügen, sondern schon bei dem ersten chirurgischen Eingriff den Knochen ausgiebig aufzumeisseln und auszuräumen, soweit die eiterige Infiltration reicht.

3) Herr **Pauschinger** berichtet über Beobachtungen von Albuminurie nach leichten Erkrankungen an Varicellen, während der letzten kleinen Varicellenepidemie.

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

(Referirt nach Bulletin médical von Dr. Stern-München.)

Academie de Médecine.

Sitzung vom 24. Juni: Ueber die Einimpfung des Krebses beim Menschen.

Cornil[1]): Nachdem schon Moreau und Hanau an Mäusen und Ratten die Ueberimpfung von Krebspartikelchen und deren Weiterwucherung im gesunden Gewebe gezeigt hatten, sind nun zwei Beobachtungen der Art an Menschen angestellt worden (von einem auswärtigen Chirurgen). Nach der Exstirpation eines Brustdrüsentumors wurde ein ganz kleines Partikelchen desselben noch in der Narkose unter die Haut der anderen gesunden Brust eingepflanzt. Die Wunde heilte per primam, bald fühlte man jedoch einen indurirten Knoten, der wuchs und, doppelt so gross wie eine Tonsille geworden, exstirpirt wurde (nach 4 Wochen). Histologisch zeigte er dieselbe Structur wie der erst entfernte: ein Grosszellensarkom mit zahlreichen Faserbündeln, die Zellkerne liessen sehr oft deutliche Theilungsfiguren erkennen; das schnelle Wachsthum der Neubildung ergab sich auch noch aus den zahlreichen mit dem gesunden Nachbargewebe anastomosirenden Gefässen. Die Patientin, kurz darauf verstorben, zeigte bei der Section an keiner Drüse oder anderswo die Spur sarkomatöser Neubildung. Möglich, dass durch eine Prädisposition des betreffenden Individuums die Entwickelung des zweiten Knotens begünstigt wurde, doch ist anderweitig an gesunden Thieren der Erfolg der Ueberimpfung von Krebspartikelchen von Thieren derselben Art bewiesen worden.

Auch im zweiten Falle handelte es sich um einen Brustdrüsentumor, von welchem nach der Amputation der Mamma ein kleines Partikelchen in das Drüsengewebe der gesunden Brust eingesetzt wurde. Heilung per primam und nach einigen Wochen Entwickelung einer knötchenförmigen Neubildung; die Patientin liess die Exstirpation dieser letzteren nicht zu und ist nicht mehr erschienen. Die grösste Wahrscheinlichkeit besteht jedoch, dass das zweite Knötchen dieselbe Structur hatte wie die ursprüngliche Neubildung, nämlich Cylinderepithelkrebs. Besonders durch Fall I ist der Beweis erbracht, dass Partikelchen von Sarkomen und Carcinomen, in Verbindung mit gesundem Gewebe gebracht, mit diesem in innigem Contact tritt und es allmählich in gleichartiges krankes umwandelt, was besonders unter Mitwirkung der Blut- und Lymphgefässe geschieht. — Die darauf folgende Discussion ergab nur allgemeine Entrüstung über diese, nicht mehr menschlichen Experimente.

Société de Chirurgie.

Sitzung vom 24. Juni: Behandlung der Patellafracturen.

Lucas-Championnière[2]) tritt an der Hand von 31 geheilten Fällen warm für die Knochennaht ein, die rasch den Bluterguss in's Ge-

[1]) Prof. d. patholog. Anatomie. — [2]) Chirurg des Hôpital Saint-Louis.

lenk zum Schwinden bringt, jeder Muskelatrophie — im Gegensatze zu der Behandlungsweise mit fixirenden Verbänden — und Steifheit im Gelenke vorbeugt und am Ende der 3. Woche dem Patienten schon Gehversuche erlaubt. Zur Operation verwende man einen dicken Silberdraht, unter strengster Antisepsis, nicht Asepsis; nur bei kachektischen Personen ist diese Methode zu Gunsten der anderen üblichen nicht zu gebrauchen.

Berger[3]) glaubt, dass Ch. zu weit gehe; er habe mit den Verbänden sehr gute Resultate erzielt, die für die Landpraxis z. B. unentbehrlich seien. In der Mehrzahl der Fälle sei die Silberdrahtnaht die sicherste Art der Behandlung; bei Leuten mit Constitutionskrankheiten, wie Diabetes, sei sie jedoch ausgeschlossen. Vermisson stimmt Berger bei, warnt aber davor, vor Ende des 2. Monats die definitive Heilung zu constatiren. Richelot räumt der Knochennaht ihre Vorzüge ein, meint jedoch, auch mit den anderen Behandlungsarten, die einer Verbesserung wohl fähig seien, könne man dann bessere Resultate erzielen.

Société médicale des hôpitaux.

Sitzung vom 26. Juni:

Sevestre[4]) und Gastou beobachteten in 8 Fällen eine seltene Varietät von Stomatitis, die sie Stomatite diphthéroide à staphylococques (stomatite impétigineuse) = Stomatitis impetiginosa nennen. Der Sitz der Krankheit ist die innere Lippen-, zuweilen auch die Wangenschleimhaut. Weisse Plaques, den diphtheritischen sehr ähnlich, von 5 - 6 mm Länge, 2 mm ca breit, pseudomembranös, sind mit der Schleimhaut innig verschmolzen und nur mit Hinterlassung stark blutender Stellen von derselben wegzunehmen; an Gaumenbogen und Zäpfchen nehmen sie mehr rundliche oder ovale Gestalt an und sitzen nur selten auch an dem vorderen Zungenrande, niemals an Pharynx oder Tonsillen. Die Heilung erfolgt in 6—8 Tagen unter localer Antisepsis und guter Ernährung. Die Affection kommt besonders bei schwächlichen, schlecht genährten Kindern vor und nach Keuchhusten, Masern und besonders bei Impetigo. Von anderen Autoren als gutartige Diphtherie bezeichnet, ergreift sie nie den Kehlkopf, bei der Diphtherie sind ferner die Pseudomembranen leicht abzulösen. In allen Fällen ward der Staphylococcus pyogenes aureus gefunden, der vielleicht auch Ursache der Impetigo ist.

Comby hat schon früher einen solchen Fall mitgetheilt, verbunden mit Impetigo und Conjunctivitis phlyctaenulosa.

Chantemesse[5]) beobachtete mehrmals nach der Tonsillotomie (24 bis 36 Stunden darauf) an der Wundfläche weisse Plaques, welche vollständig den diphtheritischen glichen. Die Affection ist verbunden mit Dysphagie, Schmerz an der Wunde und allgemeinem Unbehagen, meist ohne Fieber und verschwindet spontan nach 8—10 Tagen. Bakteriologisch finden sich Streptococcen und andere, dem Diphtheriebacillus völlig gleichende Bacillen; die Colonien derselben waren in den Reinculturen höchst selten und die Ueberimpfung auf Meerschweinchen ergab ein negatives Resultat.

All diese pseudomembranösen Affectionen der Mund- und Rachenschleimhaut entstünden secundär auf Grund irgend einer Excoriation.

Verschiedenes.

Weitere Publicationen über das Koch'sche Heilmittel gegen Tuberculose.

P. Guttmann und P. Ehrlich haben bekanntlich vor einiger Zeit die Behandlung der Lungentuberculose mit sehr kleinen Tuberculindosen empfohlen (cf. d. W. Nr. 10, p. 196). In Nr. 24 der D. med. Wochenschr. berichten die Autoren über ihre in dieser Weise erzielten Erfolge. Sie verfahren so, dass sie die Behandlung mit einer Injection von 1/10 mg beginnen und bei den meist täglichen Injectionen die Dosis um je 1/10 mg steigern, bis 1 mg erreicht ist. Alsdann alle 2 Tage Steigerung um 2/10 mg und von 2—3 mg ab um 5/10 mg. So gelangt man nach 1 1/2 Monaten auf 1 cg, belässt es einige Zeit bei dieser Dosis, geht dann wieder auf einige mg herunter, um darnach wieder anzusteigen.

Eine stärkere Fieberreaction bleibt bei diesem Verfahren aus, eine locale Reaction tritt entschieden ein. Eine Abweichung von dem Schema hat nur in zwei Fällen einzutreten; erstens, wenn auch schon auf die sehr kleinen Dosen Temperatursteigerungen über 38° C. hinaus erfolgen, und zweitens, wenn kräftige Constitution und geringe Localbefunde von vornherein die Aussicht auf geringe Empfindlichkeit gewähren. Im ersteren Falle muss man vor der nächsten Injection die Reaction ganz ablaufen lassen und dann die Dosis stark erniedrigen. Im letzteren Falle kann man gleich mit einer Injection von 1/2 mg beginnen.

In dieser Weise sind bis jetzt 36 Fälle behandelt worden, 13 initiale und 23 mässig vorgeschrittene; alle waren fieberlos.

Bei den meisten der Kranken ist eine wesentliche Besserung eingetreten. Vor allen Dingen zeigte sich dieselbe in der Gewichtszunahme. Dieselbe betrug während der 1—2 1/2 monatlichen Behandlung bei den Männern im Durchschnitt 3,1 kg und bei den Frauen 4,0 kg. In 11 von den 36 Fällen konnte eine Abnahme der Rasselgeräusche nachgewiesen werden. Das Sputum nahm häufig an Menge ab, in vielen Fällen verschwand es ganz. Die Tuberkelbacillen sind in 4 Fällen ganz aus dem Sputum verschwunden. Auch das subjective Befinden hat sich in der grossen Mehrzahl der Fälle wesentlich gebessert.

Die beschriebene Tuberculinbehandlung lässt sich ohne die geringste Sorge auch ambulant vornehmen. Kr.

Kraske-Freiburg berichtet in Bruns' Beiträgen zur Chirurgie Bd. VII über die Erfahrungen, die er an 105 Kranken mit dem Koch'schen Mittel gemacht hat. Dieselben stimmen so ziemlich mit denjenigen anderer Chirurgen überein; nämlich beim Lupus zweifellos Rückbildungsvorgänge, die aber als unvollständige sich erwiesen und bald von Recidiv gefolgt waren, — bei den Gelenk- und Knochenerkrankungen keine Heilung, wohl aber oft sehr acute Verschlimmerung des Leidens, die dem Mittel zur Last gelegt werden muss. Die nachträglich operirten Fälle zeigten abnorm grosse Mengen von Bacillen in den fungösen Massen, so dass sich die Gefahr einer allgemeinen Miliartuberculose, die durch das Mittel heraufbeschworen werden kann, nicht in Abrede stellen lässt. Verfasser will vorläufig das Mittel nicht über Bord werfen, er erwartet aber von Koch genauere Mittheilungen über die Versuchsergebnisse bei Thieren, auf welche er seine Schlüsse gebaut hat. (C. f. Chir.)

(Koch's Verfahren in Italien.) Aus der Klinik zu Palermo (Prof. Luzzatto) liegt eine Beobachtungsreihe von Lipari vor, bei welcher besonders das Verhalten der Bacillen im Auswurf während der Injectionscur in's Auge gefasst wurde. Die Zahl der Bacillen vermindert sich meist nach den ersten Injectionen und nimmt dann wieder zu, um schliesslich wieder abzunehmen und in einzelnen seltenen Fällen ganz zu verschwinden, aber auch dies nur vorübergehend. Die Bacillen werden in Haufen, oder in Gruppen zu 3—4 oder in langen Ketten im Auswurf gefunden. Es fanden sich aber niemals derartige morphologische Veränderungen, die sich nicht auch zeitweilig bei Kranken ohne Koch'sche Behandlung finden. Charakteristisch soll nur sein, dass die Bacillenhaufen aus sehr jungen, stark zusammengeballten und verschlungenen Bacillen bestehen, welche zum Nachweise sehr starke Vergrösserungen verlangen und dass in Einzelfällen die Bacillen in Körnchen zerfallen erscheinen. Im Blute der Kranken wurden während der Behandlungsdauer niemals Bacillen gefunden.

Aus derselben Klinik berichtet Crisafulli über das Verhalten der Diurese bei Tuberculinbehandlung. Die Harnmenge nahm häufig zu, in einem Falle — gleichzeitig mit Auftreten von Zucker — sehr bedeutend. Die Harnstoffmenge verminderte sich, besonders wenn das Körpergewicht zunahm; Albuminurie wurde nur einmal sehr schwach und vorübergehend, Peptonurie dagegen in der Hälfte der Fälle und Acetonurie niemals gefunden. Der Gehalt an Salzen blieb so gut wie unbeeinflusst. Bei Injectionen von solchem Harn an Hunden erwies sich derselbe während und nach der Tuberculinbehandlung von erhöhter Giftigkeit. (Riforma med.)

(Galerie hervorragender Aerzte und Naturforscher.) 8. Blatt: Friedrich Scanzoni von Lichtenfels. Nekrolog vorstehend.

Therapeutische Notizen.

(Anwendung des Ergotins.) Im Gegensatz zu anderen Autoren empfiehlt Aufrecht-Magdeburg sehr energisch die subcutane Anwendung des Ergotin (Therap. Monatsh.). Die Wirkung des Mittels ist vom Unterhautbindegewebe aus eine viel sichere, auch ist seine Anwendung bei richtiger Anwendung fast ganz schmerzlos. Zur richtigen Anwendung gehört: 1) Lösung nur in Wasser, 2) Verwendung des Ergotinum dialysatum Bombelon in höchstens 5 Tage alten Lösungen, 3) sorgfältige Desinfection der Spritze, 4) Injection an den Bauchdecken oder an den Seitentheilen des Thorax. Die Receptformel würde lauten:

Ergotin dialys. Bombelon 1,0
Aq. destill. 9,0
Acid. carbol. gtt. II.

Bei der Hämoptoë erwachsener Kranker kann man von dieser Lösung sofort 2 Spritzen, also 2 Decigramm injiciren und nothwendigen Falles die Dosis am selben Tage wiederholen. Aehnliche Anwendung findet das Mittel bei Typhusblutungen, bei Blasen- und bei Uterusblutungen. Krecke.

(Locale Anwendung der Chromsäure bei syphylitischen Ulcerationen.) A. Kuttner empfiehlt (Therap. Monatsh. Juni 1891) bei hartnäckigen syphilitischen Schleimhautulcerationen von Neuem auf's Angelegentlichste die Chromsäureätzung. Einige Chromsäurekrystalle werden an den Knopf einer biegsamen Sonde von Silber oder Neusilber angeschmolzen. Nach dem Erkalten der Sonde streicht man mit dem Knopf über die betreffende Stelle, die sich sofort mit einem gelbgrünen Schorf überzieht. Die überschüssige Chromäure wird durch Spülen mit Brunnenwasser entfernt. Nach dem Ablösen des Schorfes muss die Procedur wiederholt werden. Kr.

(Quinaïn.) Mit diesem Namen bezeichnet die chemische Fabrik von Bayer in Elberfeld einen von ihr synthetisch hergestellten, dem Chinin nahestehenden Körper. Bei Versuchen, die von Prof. Lépine-Lyon mit dem Quinaïn bei Malariakranken angestellt wurden, zeigte sich, dass diesem Mittel die specifische Wirkung des Chinins bei Malaria nicht zukommt.

---

[3]) Chir. d. Hôp. Lariboisière. — [4]) Internist d. Hôp. Trousseau. — [5]) A. o. Prof. der Medicin.

(Antinervin.) Das unter diesem Namen von Apotheker Radlauer als neues Heilmittel in den Handel gebrachte Präparat hat sich nach den Untersuchungen von Dr. Ed. Ritsert in Berlin (Pharm. Ztg. 50/91) als ein Gemisch von 25 Th. Bromammonium, 25 Th. Salicylsäure und 50 Th. Acetanilid, erwiesen.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 7. Juli. Der 3. oberbayerische Aerztetag ist nunmehr endgültig auf Samstag, den 18. Juli, Vormittags 11 Uhr festgesetzt.

— Diejenigen Candidaten der Medicin, welche sich der medicinischen Approbationsprüfung in München im Wintersemester 1891/92 unterziehen wollen, haben ihre an das k. Staatsministerium des Innern für Kirchen- und Schulangelegenheiten zu richtenden, mit den vorgeschriebenen Belegen versehenen Gesuche vom 27. Juli bis 24. October l. J. an den Vorsitzenden der medicinischen Approbationsprüfung, Prof. Dr. Bauer, einzureichen.

— Der Sterbecasseverein der Aerzte Bayerns a. G. hatte im I. Semester lfd. Js. 30 Neuzugänge und 7 Sterbefälle. Demnach zählt der Verein mit Heutigem 583 Mitglieder.

— Im Dorfe Schönberg (Mittelfranken) hat sich ein Bauernsohn dadurch dem Militärdienst zu entziehen gewusst, dass er immer kurz vor dem Musterungstermin auf den Rath seines Vaters sich die eine Hand durch Bienenstiche tractiren liess. In Folge der entstandenen Geschwulst fand er mit seiner Angabe, »er sei rheumatisch leidend«, bei der Musterungscommission drei Mal Glauben und blieb so auch vom Militärdienst befreit. Erst durch die Anzeige eines Verwandten wurde der Schwindel kürzlich an's Licht gebracht.

— Der durch seine Forschungen auf dem Gebiete des Hypnotismus bekannte Dr. Liébeault in Nancy hat seine Thätigkeit niedergelegt. Um demselben bei diesem Anlasse ein Zeichen ihrer Verehrung zu geben, haben seine Freunde eine Sammlung veranstaltet, aus deren Erträgniss ein »Liébeault-Preis« für Arbeiten auf dem Gebiete des Hypnotismus gestiftet wurde.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatten in der 24. Jahreswoche, vom 14.—20. Juni 1891, die geringste Sterblichkeit Kassel mit 8,5, die grösste Sterblichkeit Spandau mit 31,0 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner.

— In Kalkutta sind in der Woche vom 10.—16. Mai 50 Choleratodesfälle gemeldet worden.

— In London erlagen der Influenza 182 Personen gegen 249 in der Vorwoche; die Gesammtsterblichkeit hat sich daselbst von 23,3 auf 23.0 pro mille, die Zahl der Todesfälle an acuten Erkrankungen der Athmungsorgane von 482 auf 388 ermässigt. In Kopenhagen sind 13 Todesfälle und 411 Erkrankungen an Influenza gegen 11 und 489 in der Vorwoche vorgekommen; acuten Erkrankungen der Athmungsorgane erlagen 30 Personen gegen 24 in der Vorwoche, die Gesammtsterblichkeit bezifferte sich auf 22,4 gegen 24,5 pro mille.

— Dr. William Pepper, welcher seit vielen Jahren viel zur Hebung der medicinischen Verhältnisse Amerikas beigetragen hat, wies jetzt in einem Schreiben an den Verwaltungsrath der Pennsylvania Universität auf die Nothwendigkeit hin, das medicinische Studium auf 4 Jahre zu verlängern, anstatt des jetzt üblichen obligatorischen dreijährigen Cursus; um die mit dieser Neuerung verbundene Vergrösserung der Ausgaben zu decken, erbot er sich, zu einem neu zu schaffenden Fond von 250000 Dollars 50000 Dollars selber beizusteuern, ferner zu einem jährlichen Garantiefond von 20000 Dollars 1000 Dollars jährlich zu liefern, vorausgesetzt, dass diese beiden Fonds bis Januar 1893 voll gezeichnet sein würden. Diese Vorschläge Dr. Pepper's wurden vom Verwaltungsrath der genannten Universität gebilligt und angenommen.

— Die 74. Jahresversammlung der schweiz. naturforschenden Gesellschaft findet vom 19.—21. August in Freiburg statt.

(Universitäts-Nachrichten.) Giessen. Der Privatdocent Dr. F. Fuhr wurde zum Professor e. o. ernannt. — Marburg. Den Privatdocenten in der medicinischen Facultät unserer Universität, Dr. Victor Hüter und Sanitätsrath Dr. Otto v. Heusinger ist das Prädicat Professor verliehen worden. — München. Der ordentliche Professor Dr. Ottmar Angerer wurde von der Function eines Oberarztes der chirurgischen Abtheilung im Dr. v. Hauner'schen Kinderspitale in München auf Ansuchen enthoben und diese Function dem Privatdocenten Dr. Wilhelm Herzog mit der Verpflichtung der Benützung der Abtheilung zu Unterrichtszwecken übertragen. — Strassburg. In der medicinischen Facultät der Kaiser-Wilhelms-Universität hat sich Dr. med. A. Hoche für das Fach der Psychiatrie habilitirt.

Lausanne. Der Extraordinaris an hiesiger Universität Dr. Heinrich Stilling ward zum Ordinarius der pathologischen Anatomie befördert.

(Todesfall.) In Prag starb der Professor der Chirurgie an der czechischen Universisät, Dr. Wilhem Weiss, im Alter von 56 Jahren.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Niederlassungen. Dr. B. Eisenstaedt in Pappenheim; Dr. Ludwig Zottmann, appr. 1889, in München; August Strauch, appr. 1889, aus Schlegel in Schlesien, zu Würzburg (als Specialarzt für Kneipp'sche Curen).

Verzogen. Dr. Carl Ringelmann von München nach Berlin, Dr. Otto Köttnitz, fürstl. Reuss'scher Medicinalrath und prakt. Arzt von Streitberg, B.-A. Ebermannstadt, als Cassenarzt nach Kaiserslautern.

Abschied bewilligt. Dem Oberstabsarzt 1. Cl. Dr. Bratsch, Garnisonarzt bei der Commandantur der Haupt- und Residenzstadt München, unter gebührenfreier Verleihung des Charakters als Generalarzt 2. Cl., mit Pension und der Erlaubniss zum Tragen der Uniform; dem Oberstabsarzt 1. Cl. und Regimentsarzt des 8. Inf.-Reg. Dr. Wigand mit Pension und der Erlaubniss zum Tragen der Uniform.

Verliehen. Dem Oberstabsarzt 1. Cl. Dr. Solbrig, Referenten im Kriegsministerium, ein Patent seiner Charge.

Ernannt. Zu Unterärzten und mit Wahrnehmung vacanter Assistenzarztstellen beauftragt: die einj.-freiw. Aerzte Dr. Maximilian Salbey vom 5. Inf.-Reg. im 14. Inf.-Reg. und Walther Liersch vom 5. Inf.-Reg. im 6. Inf.-Reg.

Befördert. Der Unterarzt Friedrich Ott des 16. Inf.-Reg. zum Assistenzarzt 2. Cl. in diesem Truppentheil unter Verleihung eines Patentes vom 12. Juni ds. Js.; zu Stabsärzten: in der Reserve die Assistenzärzte 1. Cl.: Dr. Heinrich Schülein-Gunzenhausen, Dr. Joseph Entres-Mindelheim, Dr. Theodor Breith-Zweibrücken, Dr. Joseph Bernpointner-Mindelheim, Dr. Johann Schneider-Aschaffenburg, Alois Schwaiger-München I, Dr. Georg Rupprecht-Nürnberg und Dr. Otto Cremer-Dillingen; in der Landwehr 1. Aufgebots die Assistenzärzte 1. Cl.: Dr. Karl Schirmer-Aschaffenburg, Dr. Wilhelm Schuster-Kitzingen, Dr. Eugen Schech-Wasserburg, Dr. Leopold Walter-Aschaffenburg, Dr. Ferdinand Hausmann-Bamberg, Dr. Adam Barabo und Dr. Karl Koch-Nürnberg, Dr. Eduard Haselhorst-Hof, Dr. Johann Müller-Zweibrücken, Dr. Nepomuk Boecale-Amberg, Dr. Joseph Mulzer-Regensburg, Adolph Kimmerle-Kempten, Dr. Theodor Henneke-Aschaffenburg, Dr. Franz Recum-Kaiserslautern, Dr. Isidor Teutsch-Landau, Dr. Heinrich Höltzke-Hof, Dr. Johann Diefenbach-Aschaffenburg; in der Landwehr 2. Aufgeb. die Assistenzärzte 1. Cl.: Dr. Leonhard Pauschinger-Nürnberg und Dr. Baptist Porzelt-Kitzingen; die Unterärzte Carl Müller des 5. Inf.-Reg. und Dr. Maximilian Krimer des 10. Inf.-Reg. zu Assistenzärzten 2. Cl. in den genannten Truppentheilen.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 26. Jahreswoche vom 21. bis 27. Juni 1891.

Betheil. Aerzte 300. — Brechdurchfall 49 (48*), Diphtherie, Croup 40 (43), Erysipelas 15 (11), Intermittens, Neuralgia interm. 5 (4), Kindbettfieber 3 (2), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 146 (148), Ophthalmo-Blenorrhoea neonatorum 6 (6), Parotitis epidemica 3 (8), Pneumonia crouposa 18 (15), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 26 (23), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 25 (27), Tussis convulsiva 47 (44), Typhus abdominalis 3 (1), Varicellen 2 (7), Variola — (—). Summa 388 (387). Dr. Aub, k. Bezirksarzt.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 26. Jahreswoche vom 21. bis 27. Juni 1891.

Bevölkerungszahl 349,000.

Todesursachen: Pocken — (—*), Masern 4 (5), Scharlach 3 (2), Rothlauf — (—), Diphtherie und Croup 12 (6), Keuchhusten 1 (5), Unterleibstyphus 1 (2), Brechdurchfall 14 (9), Kindbettfieber — (—), Croupöse Lungenentzündung 1 (1), Genickkrampf — (—), Blutvergiftung — (—), Acut. Gelenkrheumatismus — (1), andere übertragbare Krankheiten — (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 195 (193), der Tagesdurchschnitt 27.9 (27.6). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 29.6 (28.8), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 17.9 (18.1), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 14.1 (15.2).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Literatur.

(Der Redaction zur Recension eingegangen.)

Guttmann, H., Arzneiverordnungen in der Kinderpraxis. Berlin, Selbstverlag.

Maly und Brunner, Anleitung zu pharmaceutisch-medicinisch-chemischen Uebungen. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1891. M. 2. 50.

Schüller, Eine neue Behandlungsweise der Tuberculose. Ibid. 1891. M. 2. 80.

J. Rychna, Die Salubritätsziffer. Prag, H. Dominikus.

L. Meyer, Die Provinzial-Irrenanstalt zu Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht.

Kleen E., Handbuch der Massage. Uebersetzt von G. Schütz. Berlin, G. Winkelmann.

Ed. Friedrich, Die deutschen Curorte der Nordsee. Norderney, Braams.

Pistor, Die Behandlung Verunglückter bis zur Ankunft des Arztes. Plakatform. 50 Pf. Berlin, Enslin.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.